



Departamento de Psicología Biológica y de la Salud

Máster Oficial en Psicología General Sanitaria. Curso 2016-17

“RELACIÓN ENTRE PERFECCIONISMO, ACTIVIDAD FÍSICA Y OTRAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN VARONES UNIVERSITARIOS”

Alumna: Dña. Ester Luisa Silva Potí

Tutora académica: Dra. Ana Rosa Sepúlveda García

Modalidad: Investigación aplicada

Resumen: El objetivo de este estudio fue determinar la relación existente entre el perfeccionismo y la actividad física, así como examinar el vínculo entre cada una de estas dos variables y diversas dimensiones del bienestar psicológico. Para ello, se suministró una batería de cuestionarios a una muestra de 217 varones estudiantes de INEF. Los resultados indicaron que los estudiantes con mayores niveles de perfeccionismo presentan niveles superiores de perfeccionismo orientado a la apariencia física, patología alimentaria, sintomatología obsesivo-compulsiva y sintomatología de ansiedad y depresión; además, dedicaban una frecuencia media superior a la realización de actividad física vigorosa y pertenecían en mayor medida a niveles deportivos de competición. Por otra parte, los estudiantes con mayores frecuencias de actividad física vigorosa presentan niveles inferiores en todas las dimensiones psicológicas.

Palabras Clave: Perfeccionismo, actividad física, competición, dimensiones psicológicas

Participación del alumno en el TFM: 1. Recogida de los datos en el alumnado de INEF. 2. Formación en la entrevista EDE v.12.00, para evaluar Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA); e Y-BOCS para Trastorno Dismórfico Corporal (TDC). 3. Revisión bibliográfica acerca del vínculo entre actividad física, perfeccionismo y psicopatologías. 4. Análisis estadísticos de los datos para responder a las hipótesis del estudio. 5. Discusión de los resultados encontrados y sus posibles implicaciones, en relación con los hallazgos previos.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	4
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN	
2.1. Conceptualización del perfeccionismo: evolución histórica y su valoración	5
2.2. La relación entre el perfeccionismo y la psicopatología	6
2.3. Conceptualización de la actividad física y su valoración	10
2.4. La actividad física y el perfeccionismo	11
2.5. La relación entre la actividad física y la psicopatología	12
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO	
3.1. Objetivo general y específicos	16
3.2. Hipótesis del estudio	16
4. MÉTODO	
4.1. Diseño de investigación	18
4.2. Participantes	18
4.3. Procedimiento	18
4.4. Variables de estudio	19
4.5. Instrumentos empleados	20
4.6. Análisis de datos	23
5. RESULTADOS	
5.1. Descripción sociodemográfica	24
5.2. Diferencias en el nivel de perfeccionismo en función del nivel de actividad física vigorosa y el nivel de competición	25
5.3. Diferencias en las dimensiones psicológicas según el nivel de perfeccionismo	28
5.4. Asociación entre el nivel de perfeccionismo y las dimensiones psicológicas	29
5.5. Diferencias en el nivel de actividad física, de perfeccionismo y en las dimensiones psicológicas en función de la edad	31
5.6. Diferencias en las dimensiones psicológicas en función del nivel de actividad física vigorosa y el nivel de competición	32
5.7. Asociación entre el nivel de actividad física vigorosa y el nivel de competición con las puntuaciones en las dimensiones psicológicas	34

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
6.1. Discusión	35
6.2. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación	38
6.3. Implicaciones preventivas	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
8. ÍNDICE DE TABLAS	51
9. ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS	52
10. ANEXOS	53

1. Justificación del estudio

El perfeccionismo es una variable históricamente estudiada, y en concreto su relación con la génesis y/o mantenimiento de múltiples patologías, en su dimensión desadaptativa.

Actualmente se está prestando una atención creciente a la posible implicación de la actividad física y el deporte en la génesis de determinadas patologías, atendiendo en concreto a las personas involucradas en un nivel deportivo de alta exigencia, que requerirían mayores niveles de perfeccionismo en relación con las exigencias puestas en su desempeño.

Esto podría tener unas implicaciones clínicas y sociales de gran magnitud. Respecto a las implicaciones clínicas, la actividad física es una práctica a atender a la hora de tratar de reducir el grado de perfeccionismo desadaptativo y la sintomatología asociada; respecto a las implicaciones sociales, la promoción de un estilo de vida saludable en la población general, en el que se valore positivamente la actividad deportiva, debe ir guiada por unos límites marcados entre lo que se consideraría sano y excesivo.

Este trabajo se enmarca dentro de un Proyecto más amplio encargado de llevar a cabo un estudio acerca de los hábitos alimentarios no saludables y la prevalencia de Dismorfia Muscular en varones universitarios, donde la Dra. Ana R. Sepúlveda es la Investigadora Principal y directora de la Tesis del doctorando Robin Rica (CEI-).

Además,, mis Prácticas Curriculares del Máster han sido en el segundo cuatrimestre en el Hospital de Día de Trastornos del Comportamiento Alimentario, en el Hospital Universitario Santa Cristina. Tanto el perfeccionismo como la actividad física estuvieron presentes entre las variables tenidas en cuenta en el trabajo con los/as pacientes del centro, y he querido ahondar en mayor profundidad en esta línea de investigación.

2. Marco teórico y estado de la cuestión

2.1. Conceptualización del perfeccionismo: evolución histórica y su valoración

El perfeccionismo, tradicionalmente entendido como un intento por mantener el control sobre los temores (Goldfried, 1984), es un concepto que fue inicialmente desarrollado desde una única dimensión, en la que se diferenciaba (Hamachek, 1978) entre:

1. Perfeccionismo "normal": la persona establece unas metas elevadas pero mantiene una actitud permisiva hacia los errores.
2. Perfeccionismo "neurótico": la persona se plantea unas metas elevadas sin aceptar la posibilidad de fracaso.

Actualmente se mantiene dicha diferenciación, proponiendo algunos autores como Stoeber y Otto (2006) una terminología diferente: "funcional", en los casos en que se dirige a la realización de metas elevadas para obtener consecuencias positivas, de modo que se incremente su afecto positivo; y "disfuncional", cuando se dirige a la realización de metas elevadas para evitar consecuencias negativas, incrementando de esa forma el afecto negativo.

A esto se ha sumado recientemente la conceptualización de este factor como multidimensional, particularmente desde la integración de los dos siguientes modelos:

Por una parte, Frost, Marten, Lahart y Rosenblate (1990) generan la Escala Multidimensional del Perfeccionismo (MPS), en la que definen el perfeccionismo como la tendencia a plantearse unas metas demasiado altas e irreales, a adherirse rígidamente a ellas y valorarse a sí mismos/as en función de si las logran o no. Se proponían las siguientes dimensiones: 1. Exigencias personales altas; 2. Dudas sobre las acciones; 3. Expectativas parentales; 4. Críticas parentales; 5. Organización; y 6. Preocupación por los errores. Se concibe esta última como la que verdaderamente discriminaría entre un perfeccionista "sano, normal, funcional" y uno "patológico, neurótico, disfuncional", según plantean esos autores.

Por otra parte, Hewitt y Flett (1991) defienden que se deben integrar los contextos personal y social a la hora de valorar el perfeccionismo, y proponen la siguiente división:

1. Perfeccionismo orientado a uno/a mismo/a: situar los estándares propios muy altos, llevando a cabo continuas autoevaluaciones del desempeño, generalmente en negativo.

2. Perfeccionismo orientado al otro / a la otra: tener expectativas acerca de las capacidades del otro/a excesivas y poco realistas, de modo que esta persona siempre generará un sentimiento de decepción, hostilidad y/o desconfianza.
3. Perfeccionismo prescrito socialmente: percibir que los/as demás son quienes tienen estándares poco realistas acerca de cómo nosotros/as deberíamos actuar, teniendo un temor a ser evaluados negativamente y a evitar dicha desaprobación.

Estos autores, mantienen la propuesta de que dentro del perfeccionismo existe una dimensión que ellos denominan "normal" o no-patológica, que nos llevaría a esforzarnos por hacer las cosas mejor pero permitiéndonos no ser precisos/as en todas las situaciones; mientras que sería la dimensión "neurótica" o patológica la que presentaría unas exigencias personales muy elevadas, junto con una autoevaluación negativa en el caso de no cumplirse dichas exigencias. Esta última sería la que se relacionaría con la posible psicopatología.

2.2. La relación entre el perfeccionismo y la psicopatología

El perfeccionismo es un rasgo estudiado con frecuencia en su relación con distintas psicopatologías. En concreto, se propone que este pueda ser un rasgo clave en el proceso transdiagnóstico, que participe en la etiología y mantenimiento de un buen número de problemas psicológicos, encontrándose las siguientes relaciones (Egan, Wade y Shafran, 2011):

1. Es un factor de riesgo de la génesis de diversos problemas psicopatológicos
2. En un grado elevado se asocia a la comorbilidad de varios problemas psicológicos
3. Se asocia al mantenimiento de varios problemas psicológicos
4. El tratamiento psicológico del perfeccionismo reduciría muchas psicopatologías

2.2.1. El perfeccionismo y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)

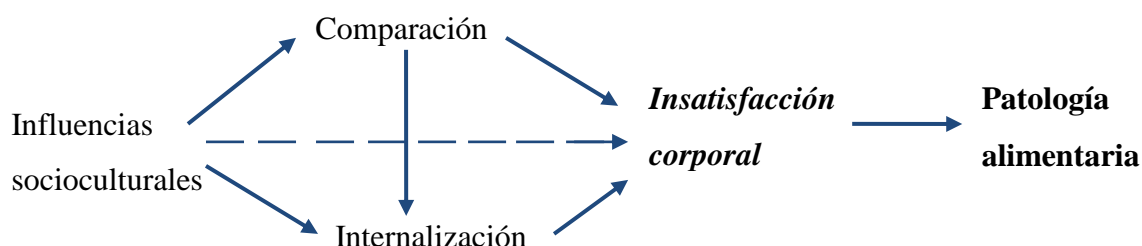
Estos son unos de los trastornos que más atención están recibiendo últimamente, debido en parte al notable aumento en su incidencia (Eisenberg, Wall y Neumark-Sztainer, 2012).

Se han venido conceptualizando históricamente desde el Modelo Tripartito de los Trastornos del Comportamiento Alimentario, según el cual la insatisfacción corporal y el trastorno en sí, se verían influidos por vínculos directos (ej.: compañeros, padres, medios de comunicación) y otros mediacionales (ej.: internalización de los estándares de apariencia

física de la sociedad, comparación social...), como declaran Thompson, Heinberg y Altabe (1999) (ver Figura 1). Esta conceptualización se mantiene en estudios actuales como el de Dryer, Farr, Hiramatsu y Quinton (2016). En línea con esto, se entiende que el ideal de belleza femenino sería la búsqueda de la delgadez, y el ideal masculino sería la búsqueda de un cuerpo musculado y atlético. Se entendería por tanto que las conductas realizadas por las personas irían dirigidas a conseguir este ideal (Davis, Karvinen y McCreary, 2005).

Figura 1

Modelo Tripartito de los Trastornos del Comportamiento Alimentario



Nota. Elaboración propia a partir de Thompson et al. (1999)

Se ha planteado reiteradamente el vínculo entre perfeccionismo y TCA (Minarik y Ahrens, 1996). En concreto, desde que el estudio del perfeccionismo se conformó como multidimensional, se atendió en especial a las dimensiones que implican, según la conceptualización de Frost et al. (1990), a la familia y a la preocupación por los errores; y, según la conceptualización de Hewitt y Flett (1991) a la socialmente prescrita y a la orientada a uno/a mismo/a (Cockell et al. 2002).

Por su parte, Bardone-Cone et al. (2007) proponen que el perfeccionismo, y en mayor medida la dimensión de "preocupación por los errores", además de poder influir negativamente en la severidad del trastorno y su respuesta al tratamiento una vez ya existe, también puede funcionar como factor implicado en la génesis de la patología alimentaria, actuando de uno de los siguientes modos:

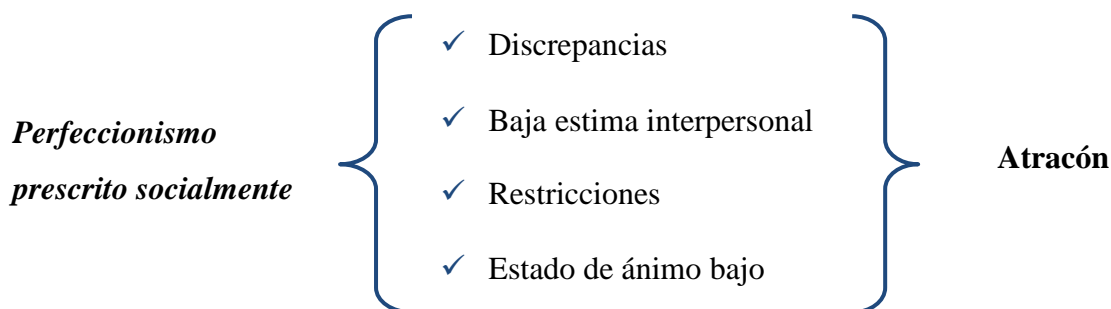
1. Como reflejo de la preocupación excesiva acerca de la calidad de su conducta y la creencia de que los/as demás tengan puestas altas expectativas en su actuación, buscarían el *feedback* social mediante comparaciones fácilmente cuantificables, como son el peso o la imagen corporal.
2. Como efecto a largo plazo de los intentos excesivos de encubrir errores previos.
3. Como resultado del fenómeno de "rumiación" mediante el cual la persona se compararía constantemente con las conductas de otras personas.

Como vemos, actualmente se continúa atendiendo al perfeccionismo como un constructo con un gran rol en la génesis de los TCA (Lilenfeld et al., 2000; Dryer et al., 2016).

En concreto, Sherry y Hall (2009) elaboran un Modelo explicativo de los atracones en los TCA, que tiene el perfeccionismo como constructo clave para su génesis. Según su propuesta, el perfeccionismo prescrito socialmente se consolidaría como un factor de riesgo para los atracones al generar cuatro desencadenantes básicos de la conducta: (ver Figura 2).

Figura 2

Modelo explicativo de los atracones en los TCA, con el perfeccionismo como desencadenante



Nota. Elaboración propia a partir de Sherry y Hall (2009)

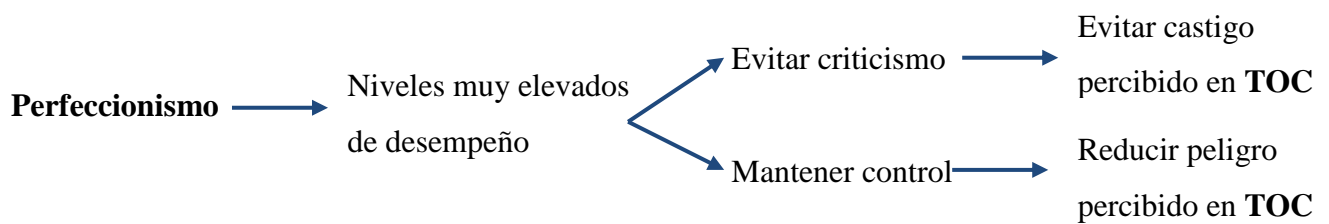
2.2.2. El perfeccionismo y los Trastornos Obsesivo Compulsivo (TOC)

Históricamente, se ha venido postulando que el perfeccionismo es un rasgo necesario aunque insuficiente, para la génesis del TOC (McFall y Wollersheim, 1979; Frost y Steketee, 1997).

Su influencia podría deberse a que el perfeccionismo llevase a las personas a tratar de ser altamente competentes y a alcanzar siempre las metas propuestas para evitar el criticismo y la desaprobación de otros/as y de uno/a mismo/a, de modo que la evitación del error respecto a dichos ideales elevados, vendría dada por la creencia de que las equivocaciones derivarían en un gran castigo (McFall y Wollersheim, 1979); o, según proponen Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte y Ladouceur (1995) por conceptualizarse el perfeccionismo como un intento de mantener el control sobre las amenazas percibidas en las personas con TOC, y reducir de este modo el riesgo de salir herido, afianzando la seguridad (ver Figura 3).

Figura 3

Modelo de la influencia del perfeccionismo en los TOC



Nota. Elaboración propia a partir de McFall y Wollersheim, 1979; Rhéaume et al., 1995.

Frost y Steketee (1997) encuentran un vínculo importante entre la elevada sintomatología de TOC y las puntuaciones altas en perfeccionismo, en concreto en las dimensiones de "Preocupación por los errores" y "Dudas sobre acciones" en muestras no clínicas. También Sassaroli et al. (2008) encuentran unas mayores puntuaciones de perfeccionismo en población clínica con TOC.

Por su parte, Coles, Frost, Heimberg y Rhéaume en 2003 proponen el término de "*Not Just Right Experiences*", que conceptualizan como las sensaciones desagradables que tienen las personas con un TOC acerca de que algo no va bien, lo que les conduciría a llevar a cabo un ritual para calmarlas; y encuentran que este tipo de experiencias se vinculan en gran medida al perfil desadaptativo del perfeccionismo.

Por otra parte, Cunningham, Griffiths, Baillie y Murray (2016) han encontrado un vínculo entre el perfeccionismo y el desarrollo del Trastorno Dismórfico Corporal, categoría incluida en el espectro de los TOC en el DSM-5 (APA, 2013). Estos autores encuentran niveles más altos de perfeccionismo en aquellos varones que desarrollan comportamientos de evitación, comprobación u ocultamiento.

Por último, apoyando la conexión entre trastornos, Halmi et al. (2005) postulan que el perfeccionismo y la obsesividad son síntomas asimismo centrales en la patología alimentaria.

2.2.3. El perfeccionismo y los problemas de ansiedad y del estado de ánimo

Se ha encontrado también históricamente un vínculo entre el perfeccionismo y la ansiedad, postulándose que esta última aumentaría como resultado de una evaluación inadecuada de las preocupaciones, asociadas al perfeccionismo excesivo (Hankin, Roberts y Gotlib, 1997).

Por su parte, Bulik et al. (2003) encuentran una gran asociación entre las puntuaciones altas en perfeccionismo, en concreto en la dimensión de "dudas acerca de las acciones" y los

niveles de ansiedad. También, Czeglédi, Probst y Babusa (2015) proponen, además, un vínculo entre niveles elevados de ansiedad y de insatisfacción corporal.

También, las principales teorías cognitivo-conductuales sobre la ansiedad social incluyen la noción del perfeccionismo como característica inductora de la anticipación de interacciones sociales negativas, generando ansiedad como consecuencia (Egan et al., 2011).

En cuanto al estado de ánimo, históricamente se proponía que el perfeccionismo podía ser una característica subyacente a la asunción de expectativas muy altas en los trastornos depresivos, de modo que el fracaso fuese casi inevitable y el bajo estado de ánimo se viese justificado (Minarik y Ahrens, 1996).

Posteriormente, se ha ido acumulando evidencia empírica que muestra la asociación positiva entre los niveles de perfeccionismo y la depresión, siendo el perfeccionismo socialmente prescrito el factor más relevante (Shafran y Mansell, 2001). Esto se debe a las características propias de esta subescala: locus de control externo, necesidad de aprobación y miedo a una evaluación negativa, entre otros (Hewitt y Flett, 1991).

2.3. Conceptualización de la actividad física y su valoración

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) conceptualiza la *actividad física* como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Advierte de que la inactividad física o sedentarismo es un problema de salud pública mundial que afecta al menos al 60% de la población, y propone en contrapartida una serie de beneficios para la salud vinculados con la práctica de actividad física, como son la reducción del riesgo de hipertensión, la mejoría de la salud ósea o la reducción de cardiopatía coronaria, entre otras.

Distingue, a mayores, el concepto de *ejercicio*, que es la variedad de actividad física “planeada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física”. Por lo tanto, la actividad física abarca el ejercicio, pero incluye a mayores todas las restantes actividades que impliquen un movimiento corporal.

Por último, distingue entre actividad física moderada (ej.: caminar a paso rápido, bailar, tareas domésticas...) y actividad física vigorosa (ej.: hacer footing, aeróbic, deportes y juegos competitivos...). Diferencia, además, estas dos actividades en función de los equivalentes metabólicos (MET) que se emplean, definiendo un MET como el costo energético de estar parados/as, equivalente a 1kcal/kg/h. Las actividades moderadas

supondrían un consumo calórico de entre 3 y 6 veces superior (3-6 MET); y las actividades vigorosas supondrían un consumo calórico más de 6 veces mayor (>6 MET) (OMS, 2010).

Una vez reconocida la importancia de la actividad física para promover una buena salud y prevenir las enfermedades, resulta imprescindible la incorporación de instrumentos adecuadamente establecidos que permitan valorarla (Hagströmer et al., 2008).

Para esto se pueden emplear medidas objetivas (ej.: sensores de movimiento, de frecuencia cardíaca...) o subjetivas (ej.: cuestionarios), siendo las subjetivas las más empleada debido a los elevados costos de las medidas objetivas (Hagströmer, Oja y Sjöström, 2006).

A pesar de que existen más de 85 cuestionarios para ser autoadministrados con el fin de medir la actividad física, la mayoría de ellos presentan numerosas limitaciones que reducen el potencial de comparación entre distintos estudios (Lee, Macfarlane, Lam y Stewart, 2011). Es por esto que se creó el International Physical Activity Questionnaire (IPAQ; Kowalski, Crochker y Kowalski, 1997), para facilitar las comparaciones entre estudios al basarse en estándares globales de actividad física. Existen dos versiones del mismo instrumento: una versión larga, de 31 preguntas; y otra versión corta, de 9 preguntas. Ambos sirven para conocer la actividad física tanto moderada como vigorosa, así como la actividad de caminar llevadas a cabo por la persona en los últimos siete días (Craig et al., 2003).

Con la IPAQ se sigue además la división propuesta por el Compendio de Actividades Físicas (Ainsworth et al., 2000) para codificar las actividades físicas obtenidas de distintos modos en diversos estudios con un esquema similar, conceptualizando la actividad de caminar como generadora de 3,3 MET; la moderada como 4 MET; y la vigorosa como 8 MET.

Conciben además tres niveles de actividad física: 1. Inactividad, 2. Actividad mínima y 3. Actividad HEPA (actividad física que mejora la salud). Las personas incluidas en la categoría de actividad HEPA serían aquellas que realizasen entre 1,5 y 2 horas diarias de actividad física de intensidad moderada como mínimo (IPAQ Research Committee, 2005).

2.4. La actividad física y el perfeccionismo

La actividad física y el perfeccionismo son dos características estrechamente ligadas, determinando este último, por una parte, la posibilidad de llegar a la élite deportiva, y por otra parte favoreciendo el poder sufrir algún tipo de problema psicológico (Filaire, Rouveix, Pannafieux y Ferrand, 2007).

Es necesario atender llegados a este punto, a cuál de las dos facetas del perfeccionismo presentadas previamente (funcional o disfuncional) se ve sobrerrepresentada en las personas

deportistas. En esta línea Terry-Short, Owens, Slade y Dewey (1995) han encontrado que las medidas funcionales (ej.: plantearse estándares altos de desempeño y la búsqueda positiva de éxito) son las más presentes en la mayoría de los atletas, y son muy beneficiosas para su desempeño; mientras que se manifiestan mayores medidas del perfeccionismo disfuncional (ej.: preocupación por los errores, dudas acerca de las acciones y miedo a fallar en el intento de alcanzar un ideal irreal de desempeño), asociadas a sintomatología alimentaria, perfiles ansiosos (debido a la discrepancia entre ideal y realidad) o depresivos, empeorando asimismo el desempeño deportivo (Williams y Leffingwell, 1996).

También Dunn, Gotwals, Causgrove y Syrotuik (2006) encuentran en su muestra de futbolistas de competición, mayores niveles de perfeccionismo disfuncional que en sus compañeros no competidores.

A mayores, se han hallado altos niveles de perfeccionismo disfuncional en relación con un alto nivel de Ansiedad Social Física, que sería la experimentada por quien percibe que su forma corporal está siendo evaluada negativamente por otros/as (Hausenblas y Mack, 1999). Esta situación podría darse más en deportistas de competición con alta exposición a su figura y a su peso frente a los no competidores, ya que en muchos casos se ven presionados por sus equipos, maximizando esto el riesgo de desarrollo de patología ansiosa y alimentaria (Haase, Prapavessis y Owens, 2002).

Además, el perfeccionismo es una de las principales características predictoras de la realización de "ejercicio físico *compulsivo*" (Goodwin, Haycraft, Willis y Meyer, 2011), caracterizado por sentimientos de ansiedad, depresión y culpa cuando se les priva de hacer ejercicio, es decir, que las personas con mayores niveles de perfeccionismo llevarían a cabo mayor cantidad de este tipo de ejercicio físico.

2.5. La relación entre la actividad física y la psicopatología

El "ejercicio físico *compulsivo*" o también denominado "*deporte excesivo*" es un constructo muy estudiado, entendiéndose tanto como un factor de riesgo en el desarrollo de problemas psicológicos; como a la inversa, una característica que se ve incrementada con la génesis de la patología (Shroff et al., 2006). No obstante, es un término para el que no existe una conceptualización clara, diferenciándose entre autores que lo definen cuantitativamente, según la frecuencia del ejercicio realizado (Meyer, Taranis, Goodwin y Haycraft, 2011); y otros que lo definen cualitativamente, en función del nivel de compromiso asociado a esta práctica y la dificultad para eliminar o reducir la actividad física (Egan et al., 2017).

En cualquiera de los casos, no existe un punto de corte ni una estimación exacta del límite en que se empezaría a considerar el ejercicio físico como una práctica excesiva, por lo que emplearemos el término de “actividad física vigorosa” según definido previamente por la OMS (2010) como actividad generadora de un gasto energético de más de 6 EMT.

2.5.1. La actividad física vigorosa y el Trastorno del Comportamiento Alimentario (TCA)

En múltiples estudios se ha constatado una mayor prevalencia de este tipo de trastornos en personas con un contacto más directo con su imagen corporal, como pueden ser los deportistas (Johnson, Powers y Dick, 1999; Zeulner, Ziemainz, Beyer, Hammon y Janka, 2016), y en concreto aquellos a los que se valora en función de dicha imagen (Maraz, Urban, Griffiths y Demetrovics, 2015).

Por ejemplo Bonci et al. (2008) encuentran un porcentaje del 62% de mujeres y del 33% de hombres deportistas que presentan una llamada "alimentación desorganizada".

También Torstveit, Rosenvinge y Sundgot – Borgen (2008) proponen, a partir de su estudio con una muestra de 700 atletas de élite, que entre un 18% y un 47% de los deportistas, presentarían TCA, siendo estos porcentajes muy superiores a los de los deportistas que no compiten y a los de la población general.

Por último, se encuentra también una mayor incidencia tanto de niveles elevados de perfeccionismo como de sintomatología de TCA en las personas que realizan actividad física y practican deporte (Davis et al., 2005).

2.5.2. La actividad física vigorosa y el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

En 1987, Coverley Veale acuña el término de "*Dependencia al ejercicio*", encontrando que en determinados casos esta actividad física es empleada como un tipo de compulsión para frenar la escalada de pensamientos obsesivos, mostrándose por tanto relacionados la actividad física y la competición con la patología obsesivo compulsiva.

En esta línea, Taranis, Touyz y Meyer (2011) describen ocasiones en que la actividad física se convierte en una necesidad rígida y extrema de ejercitarse, unido a una dificultad para detenerse a pesar de las consecuencias negativas asociadas. En este caso, consideran, la actividad física sería comparable a una actividad compulsiva.

También, Goodwin, Haycraft y Meyer (2014) encuentran que el perfeccionismo y las tendencias obsesivo-compulsivas serían variables predictoras de la actividad física vigorosa.

2.5.3. La actividad física vigorosa y los problemas de ansiedad y del estado de ánimo

Por una parte, se ha defendido que la actividad física funciona para reducir significativamente los niveles de ansiedad, cuando se hace en pequeñas dosis (Wipfli, Rethorst y Landers, 2008). También Shroff et al. (2006) han propuesto que el ejercicio físico vigoroso podría ser empleado con la intención de reducir el nivel de ansiedad y las obsesiones que se generarían de no llevar a cabo ese nivel de ejercicio.

Por otra parte se ha encontrado que cuando los/as deportistas de competición con alto perfeccionismo no alcanzan los altos estándares de desempeño que se proponen, se podrían generar en ellos/as problemas afectivos en forma de ira, ansiedad o depresión (Villena y Zafra, 2016).

Dado que el ambiente deportivo es altamente competitivo genera muchas demandas y puede situar a la persona en una condición de alto estrés (Hamidi y Besharat, 2010), se propone el concepto de "ansiedad de competición", que sería la integrada por las características cognitivas (creencias sobre un posible fracaso), somáticas (percepción de un *arousal* negativo alto) y baja confianza en uno/a mismo/a (creer que no se es capaz de llevar a cabo la tarea).

Como posible explicación de estos resultados contrapuestos, podemos acogernos a la propuesta de Stoeber, Otto, Pescheck, Becker y Stoll (2007), que sugieren una diferenciación entre los deportistas que buscan el perfeccionismo (facetas funcionales), que se asociaría negativamente con la ansiedad cognitiva y somática, y positivamente con la confianza en uno/a mismo/a; frente a los que reaccionan negativamente a la imperfección (facetas disfuncionales) que generaría mayor ansiedad somática y cognitiva y menor confianza en uno/a mismo/a.

En conclusión, se aprecia una importante influencia de la actividad física en las distintas variables psicológicas, pero se han encontrado resultados en ambas líneas.

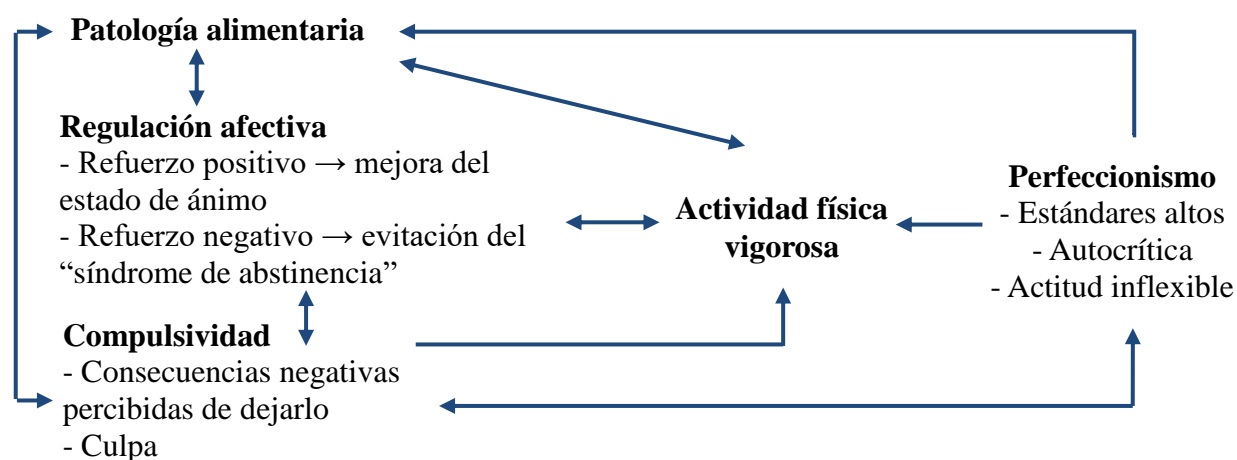
En la línea protectora, podemos destacar también ciertos estudios como el de García-Naveira, Ruiz Barquín y Constanza Pujals (2011), que encuentran puntuaciones significativamente superiores de estabilidad emocional general en una muestra de atletas competidores varones frente a otros amateur y a otros no deportistas. En este mismo sentido, Nicholls, Polman, Levy y Backhouse (2009) encuentran niveles superiores de fortaleza mental (ej.: control emocional, confianza, autoestima...) en su muestra de atletas competidores frente a los no competidores. Por último, Jürgens (2006) encuentra no sólo

niveles superiores de autoestima y de estabilidad emocional en los deportistas competidores frente a los no competidores y a los no deportistas, sino también relaciones más positivas con la imagen corporal.

En cuanto a la línea de incremento del riesgo, Meyer y Taranis (2011) proponen un Modelo (ver Figura 4) para explicar los correlatos perjudiciales clave de la actividad física, el perfeccionismo y las restantes variables psicológicas.

Figura 4

Modelo explicativo de la actividad física, el perfeccionismo y la psicopatología



Nota. Elaboración propia a partir de Meyer y Taranis, (2011)

Estos autores plantean los siguientes vínculos principales:

1. El vínculo entre la patología alimentaria y la desregulación afectiva: la actividad física vigorosa y los comportamientos compulsivos, servirían una función reguladora del afecto y del estado de ánimo (Vansteelandt, Rijmen, Pieters, Probsty y Vanderlinder, 2007).
2. Contrapuesto con lo anterior, vínculo entre la actividad física vigorosa y mayores niveles de afecto negativo: ansiedad y depresión (Thome y Espelage, 2004).
3. El vínculo entre sintomatología obsesivo-compulsiva y actividad física vigorosa: el ejercicio se llevaría a cabo como modo de evitar las consecuencias negativas de no hacerlo (Penas-Lledo, Vaz Leal y Waller, 2002).
4. El vínculo muy fuerte entre el nivel de perfeccionismo y tanto la actividad física vigorosa como la alimentación alterada (Flett y Hewitt, 2005).

3. Objetivos del estudio

3.1. Objetivo general y específicos

Partiendo de la revisión bibliográfica empleada para la elaboración del marco teórico, en el presente estudio se propone como objetivo general determinar la relación existente entre el perfeccionismo y la actividad física según el nivel de competición (competidor o no competidor), y examinar cómo influyen el nivel de perfeccionismo y la actividad física en otras dimensiones psicológicas en los estudiantes del INEF.

Los objetivos específicos se describen en los siguientes puntos:

1. Examinar los niveles de perfeccionismo, actividad física y el resto de dimensiones psicológicas (perfeccionismo orientado a la apariencia física, patología alimentaria, sintomatología obsesivo-compulsiva y sintomatología ansiosa y del estado de ánimo) en los estudiantes del INEF.
2. Examinar la relación existente entre el nivel de perfeccionismo y la frecuencia de actividad física vigorosa de los estudiantes del INEF.
3. Examinar la relación existente entre el nivel de perfeccionismo y el nivel de competición de los estudiantes del INEF.
4. Examinar la relación existente entre el nivel de perfeccionismo y las distintas dimensiones psicológicas en los estudiantes del INEF.
5. Examinar la relación existente entre la edad, el perfeccionismo, el nivel de actividad física y las dimensiones psicológicas en los estudiantes del INEF.
6. Examinar la relación existente entre la frecuencia de actividad física vigorosa y las distintas dimensiones psicológicas en los estudiantes del INEF.
7. Examinar la relación existente entre el nivel de competición y las distintas dimensiones psicológicas en los estudiantes del INEF.

3.2. Hipótesis del estudio

De acuerdo con la literatura científica y los estudios previamente realizados, las hipótesis que nos hemos planteado son las siguientes:

1. Se espera que los estudiantes competidores presenten mayores niveles de actividad física vigorosa.
2. Se espera que los estudiantes que presenten mayores niveles de actividad física

vigorosa obtengan mayores puntuaciones de perfeccionismo.

3. Se espera que los estudiantes competidores presenten mayor nivel de perfeccionismo que los estudiantes no competidores.
4. Se espera que los estudiantes con niveles mayores de perfeccionismo presenten mayores puntuaciones en las restantes dimensiones psicológicas (perfeccionismo orientado a la apariencia física, patología alimentaria, sintomatología obsesivo-compulsiva, y sintomatología ansiosa y del estado de ánimo).
5. Se espera que el perfeccionismo se vea explicado parcialmente por las dimensiones psicológicas.
6. Se espera que los estudiantes de mayor edad presenten mayores puntuaciones de perfeccionismo y en las restantes dimensiones psicológicas.
7. Se espera que los estudiantes con mayores niveles de actividad física vigorosa presenten puntuaciones mayores en las dimensiones psicológicas.
8. Se espera que los estudiantes competidores presenten puntuaciones mayores en las dimensiones psicológicas que los estudiantes no competidores.
9. Se espera que la pertenencia al grupo de competidores se vea explicado parcialmente por el perfeccionismo y las restantes dimensiones psicológicas.

4. Método

4.1. Diseño de investigación

Mi estudio está enmarcado en una investigación más amplia, con un diseño transversal, prospectivo de doble fase: en la primera se aplicó una batería de cuestionarios estudiantes universitarios, que incluía todas variables de interés para el estudio, a ambos géneros; y en la segunda fase se llevó a cabo una entrevista clínica con los instrumentos EDE-12 e Y-BOCS (modificada para el Trastorno Dismórfico Corporal) con aquellos varones que superasen el punto de corte en las escalas EDE-Q y OCI-R respectivamente, tomando dos controles sanos por cada caso de riesgo.

Los resultados obtenidos en la primera fase fueron los empleados para este estudio, teniendo por tanto este un diseño también transversal y prospectivo, con un único grupo y una única medida.

4.2. Participantes

La investigación en la que se engloba este estudio fue llevada a cabo con todo el alumnado de los cursos de 1º y 4º de grado de la Facultad de Ciencias de la Educación Física y el Deporte (INEF, UPM), siendo la muestra total en este estudio de 217 estudiantes varones, dado que, a pesar de que se evaluaron a las estudiantes mujeres, se excluyeron finalmente de la muestra por ser un número muy inferior (N=16).

De los participantes, 105 (48,4%) son deportistas no competidores, y los restantes 112 (51,6%) sí compiten. Respecto a la división en cursos, 161 (74,2%) pertenecían a 1º de Grado, y 56 (25,8%) a 4º de Grado.

Encontramos una edad media de 20,54 (DT = 2,54), variando entre los 32 como edad máxima y los 17 como edad mínima. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), su rango oscila entre los 17,90 y los 28,37, con una puntuación media de 22,52 (DT = 1,92).

4.3. Procedimiento

La recogida de datos de la Fase 1 de la investigación comenzó en la Facultad de INEF el 14 de Noviembre de 2016, en 4º curso de grado. En dos fechas posteriores (29 y 30 de

Noviembre de 2016) se recogió la del alumnado de 1º curso de grado. Como en el grupo de 4º curso la participación de alumnado fue muy baja, se llevó a cabo la propuesta de sortear una Tablet entre las personas que colaborasen en la cumplimentación de los cuestionarios, y se volvieron a pasar el viernes 24 de marzo, para conseguir maximizar la participación.

En este encuentro se explicaba que se trata de una investigación acerca de los hábitos alimentarios y el estilo de vida, y que la estábamos llevando a cabo desde la Facultad de Psicología de la UAM. Se les daba como indicación específica el tiempo requerido (entre 30 y 40 minutos), el anonimato de las respuestas (sólo se solicitaban sus iniciales), y que el hecho de pedirles un número de teléfono y/o un email se relacionaba con la segunda fase de la investigación, en la que nos pondríamos en contacto de ese modo con las personas aleatoriamente seleccionadas. Además, se les pedía que tuviesen en cuenta que las respuestas eran personales, y que estaríamos a su disposición para resolver posibles dudas que les surgiesen durante la cumplimentación.

Dado que las aulas empleadas eran las de clase, se cumplimentaban al final del horario de las asignaturas y las perturbaciones por ruido u otras cuestiones ambientales eran, por tanto, mínimas.

Además de los cuestionarios, se incluía un documento con información general acerca de la investigación y otro con el consentimiento informado que debían firmar (Ver Anexo 1).

Por último, la investigación principal tuvo la aprobación del Comité de Ética de la UAM (CEI) y el procedimiento utilizado respetó la voluntariedad y anonimia, así como todas las restantes garantías establecidas por la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal 15/1999 (BOE, 1999) y por la Ley de la Ciencia, Tecnología e Innovación 14/2011 (BOE, 2011).

4.4. Variables de estudio

Las variables estudiadas y sus escalas de medida asociadas se muestran en la tabla, y las características psicométricas se describirán en el siguiente apartado.

<i>Variables</i>	<i>Indicador operativo</i>	<i>Instrumento</i>
Nivel de perfeccionismo	Suma de las puntuaciones de los 35 ítems (Likert 1 – 5)	Escala auto-cumplimentada MPS
Nivel de perfeccionismo orientado a la apariencia física	Suma de las puntuaciones de los 14 ítems (Likert 1 – 5)	Escala auto-cumplimentada PAPS
Patología alimentaria	Suma de las puntuaciones de los 36 ítems (Likert 1 – 7)	Escala auto-cumplimentada EDE-Q

Sintomatología obsesiva-compulsiva	Suma de las puntuaciones de los 18 ítems (Likert 0 – 4)	Escala auto-cumplimentada OCI-R
Sintomatología de ansiedad y depresión	Suma de las puntuaciones de los 14 ítems (Likert 0 – 3)	Escala auto-cumplimentada HADS
Nivel de actividad física	Suma de los minutos en cada una de las tres subescalas	Escala auto-cumplimentada IPAQ

Además de las variables arriba mencionadas, mediante los cuestionarios socio-demográficos también solicitamos información acerca de su edad y el nivel deportivo en el que se situaban (competidor o no competidor).

En el caso de las variable nivel de perfeccionismo, medida mediante la escala MPS, y nivel de actividad física vigorosa, medida mediante la subescala IPAQ vigorosa; se llevaron a cabo recodificaciones en varios grupos, para poder realizar comparaciones mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes. De este modo, se introdujeron 2 grupos en función de las puntuaciones obtenidas: grupo 1, conceptualizado como “riesgo” = puntuaciones superiores al percentil 75 (entre 102 y 141 en la MPS y entre 5760 y 23744 en la IPAQ) y grupo 2 = puntuaciones inferiores al percentil 75 (inferiores a 102 en la MPS e inferiores a 5760 en la IPAQ). Esta división se realiza en línea con la observada en otros estudios previos, como el de Cava, Buelga, Musitu y Murgui (2010).

Las variables dependientes empleadas serán el nivel de competición, el nivel de actividad física y el nivel de perfeccionismo.

4.5. Instrumentos empleados

1. *Multidimensional Perfectionism Scale (MPS): Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990; validado en España por Carrasco, Belloch y Perpiñá, 2010.*

Esta escala fue desarrollada por Frost et al. (1990) para valorar las seis dimensiones del perfeccionismo por ellos propuestas: exigencias personales altas, dudas acerca de las acciones, expectativas parentales, críticas parentales, organización y preocupación por los errores. Consta de 35 ítems con 5 alternativas de respuesta tipo Likert. Utilizamos tanto las puntuaciones totales como de las subescalas, de modo que a mayor puntuación mayores niveles de perfeccionismo.

Se empleó la versión española, que en su validación Carrasco et al. (2010) encuentran un α de Cronbach global excelente ($\alpha = ,93$). Además, a pesar de mantenerse los 35 ítems, las dimensiones se verían reducidas a cuatro que englobarían las restantes y explicarían el 56%

de la varianza, y presentando todas una buena consistencia interna: *Expectativas de logro* (equivalente a “exigencias personales altas”; $\alpha = ,87$); *Miedo a errores* (incluye las dimensiones “preocupación por los errores” y “dudas sobre las acciones”; $\alpha = ,88$); *Influencias parentales* (incluye las dimensiones “expectativas paternas” y “críticas paternas”; $\alpha = ,90$); y *Organización* ($\alpha = ,89$)

2. *Physical Appearance Perfectionism Scale (PAPS): Yang y Stoeber, 2012. En proceso de validación por Sepúlveda et al.*

Esta escala fue generada por Yang y Stoeber en 2012 para valorar el perfeccionismo orientado exclusivamente a la apariencia física. Consta de 14 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert, divididos en dos sub-escalas: preocupación acerca de una imperfección y esperanza acerca de la perfección. A mayor puntuación, por tanto, mayor perfeccionismo dirigido a la apariencia física.

En su validación encuentran consistencias internas buenas; $\alpha = ,88$ en la primera y $\alpha = ,84$ en la segunda. La validación española se está realizando desde el equipo de investigación.

3. *Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q): Fairburn y Beglin, 1994; validado en España por Peláez-Fernández, Labrador y Raich, 2012.*

Este cuestionario fue generado por Fairburn y Beglin en 1994, como una versión de la entrevista EDE 12, para ser auto-administrada, y medir igualmente el riesgo de desarrollo de un Trastorno del Comportamiento Alimentario. Consta de 36 ítems con cuatro sub-escalas (restricción, preocupación por la alimentación, preocupación por la figura y preocupación por el peso) con 7 opciones de respuesta tipo Likert. A mayor puntuación, mayor sintomatología alimentaria.

Se empleó la versión española, validada por Peláez-Fernández et al. (2012), quienes obtienen una consistencia interna global aceptable ($\alpha = ,74$) y en las cuatro sub-escalas ($\alpha = ,86$ en restricción; $\alpha = ,75$ en preocupación por la alimentación; $\alpha = ,93$ en preocupación por la figura; y $\alpha = ,74$ en preocupación por el peso) entre aceptables y excelentes. También la sensibilidad (96.08) y la especificidad (94.01) son entre aceptables y buenas.

4. *Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): Foa et al., 2002; validado en España por Fullana et al., 2004.*

Es un cuestionario generado para ser auto-administrado por Foa et al. (2002) realizado a partir de una revisión de la OCI original, como inventario de la sintomatología obsesivo-

compulsiva. Contiene 18 ítems agrupados en seis sub-escalas: comprobación, lavado, obsesividad, neutralización mental, orden y acaparamiento. Se puntúa mediante dos escalas tipo Likert con cinco alternativas de respuesta (de 0 a 4): una para la frecuencia de los síntomas y otra para el malestar asociado. Empleamos la puntuación total, de modo que a mayor puntuación total, mayor sintomatología obsesiva.

Se emplea la versión española, en cuya validación Fullana et al. (2004) hallan una consistencia interna global buena ($\alpha = ,86$) y de moderada a buena en las sub-escalas (lavado: $\alpha = ,63$; obsesividad: $\alpha = ,82$; acaparamiento: $\alpha = ,69$; orden: $\alpha = ,67$; comprobación: $\alpha = ,77$ y neutralización: $\alpha = ,61$). Mediante una prueba test-retest encuentran una fiabilidad global moderada ($r = ,70$) y entre moderada y buena en sus sub-escalas (lavado: $r = ,45$; obsesividad: $r = ,57$; acaparamiento: $r = ,56$; orden: $r = ,66$; comprobación: $r = ,54$; neutralización: $r = ,50$).

5. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Zigmond y Snaith, 1983; validado en España por Herrero et al., 2003.*

Esta escala fue desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983 para medir ansiedad y depresión, que constituyen las dos sub-escalas, cada una con siete ítems con 4 alternativas de respuesta tipo Likert (de 0 a 3). A mayor puntuación, mayor sintomatología ansiosa y depresiva.

Se emplea su versión española, en cuya validación, Herrero et al. (2003) encuentran una consistencia interna global ($\alpha = ,90$), y en las dos sub-escalas ($\alpha = ,84$ en depresión; $\alpha = ,85$ en ansiedad) buenas.

6. *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): Kowalski, Crochker y Kowalski, 1997; Martínez-Gómez et al., 2009)*

Se trata de un cuestionario generado por Kowalski et al. (1997) para ser auto-administrado en 10 o 15 minutos, y valorar la actividad física llevada a cabo por la persona en los últimos siete días. Consta de siete preguntas divididas en tres subescalas en función del tipo de actividad (caminar, actividades moderadas y actividades vigorosas), para completar según el número de días y minutos dedicados a cada una de ellas. A mayor número de minutos, mayor nivel de actividad física.

Se empleó su versión española, en cuya validación, Martínez-Gómez et al. (2009) encuentran una fiabilidad test-retest aceptable (CCI = ,71). Además también la consistencia interna se demuestra aceptable ($\alpha = ,74$).

4.6. Análisis de datos

El análisis descriptivo de las variables continuas se realizó empleando la media (M) y la desviación típica (DT); mientras que las variables dicotómicas se analizaron mediante *estadísticos de frecuencia*.

Se calcularon las diferencias entre los grupos de las variables dicotómicas (competidores y no competidores; 1º curso y 4º curso) a través del estadístico *t de Student* para muestras independientes para las variables continuas (ej.: edad); realizándose la prueba χ^2 para los datos categóricos (ej.: curso). Se recodificaron las variables perfeccionismo (MPS) y actividad física vigorosa (IPAQ) para generar dos grupos con los que realizar comparaciones, como se explicó en el apartado de variables.

Se realizaron pruebas del *tamaño del efecto* para los casos en que se dieron diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos, empleándose el estadístico *d de Cohen*. Según Cohen, Usher y McClelland (1998) un tamaño del efecto de $d < 0,4$ sería considerado pequeño, un $d \geq 0,4$ sería moderado y $d \geq 0,75$ se consideraría un efecto grande.

Para evaluar la asociación entre la edad y las distintas variables psicológicas, se usó el coeficiente de *Correlación de Pearson Bivariado*, y se realizaron *Correlaciones Parciales* tomando la edad como variable controlada, para las correlaciones entre nivel deportivo, cantidad de actividad física vigorosa y perfeccionismo; y entre perfeccionismo y las restantes variables psicológicas.

Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal multivariado para la predicción del nivel de perfeccionismo en función de las restantes variables psicológicas estudiadas, utilizándose el estadístico R^2 *ajustada* para determinar la contribución de las variables al modelo.

Por último, se realizó un análisis de regresión logística bivariada para la predicción de la variable categórica nivel de competición (ser competidores o no) en función de las restantes variables psicológicas. Se utilizó el estadístico R^2 *de Nagelkerke* para determinar la contribución de las variables al modelo, y la *Odds Ratio* para estimar cuáles de las variables estarían actuando como factor de riesgo y cuáles como factor de protección del hecho de ser deportista de competición.

Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 22.0 (IBM, Chicago, EE.UU.). Todos los valores de p fueron bilaterales y la significación estadística se estableció en $p < 0,05$.

5. Resultados

5.1. Descripción sociodemográfica

Mediante un análisis descriptivo del grupo de participantes se observa que 105 del total de 217 estudiantes de INEF (48,4%) son deportistas no competidores, y los restantes 112 estudiantes (51,6%) sí compiten a algún nivel (ver Gráfico 1). De ellos, 161 alumnos (74,2%) pertenecen a 1º curso de Grado, y 56 alumnos (25,8%) pertenecen a 4º curso de Grado (ver Gráfico 2).

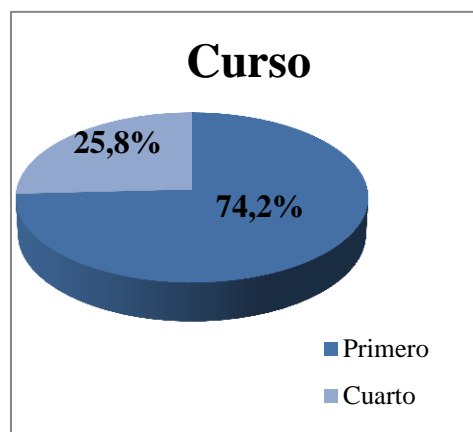
Gráfico 1

Nivel deportivo de los participantes



Gráfico 2

Curso al que pertenecen los participantes



La tabla 1 muestra además el rango de edades, pesos, alturas e índices de masa corporal (IMC), así como sus valores medios. En el caso de edad, la media del grupo es de 20 años y medio.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de la muestra (N=217)

<i>Variables</i>	<i>Edad</i>	<i>Peso en kg</i>	<i>Altura en cms</i>	<i>IMC</i>
<i>Mínimo</i>	17	51	160	17,90
<i>Máximo</i>	32	97	196	28,37
<i>Media</i>	20,54	71,89	178	22,52
<i>DT</i>	2,54	8,18	0,61	1,92

Se analizaron también los rangos de puntuaciones y las puntuaciones medias en las variables de mayor interés para el estudio: perfeccionismo, medido por la escala MPS;

perfeccionismo asociado a la apariencia física, medido por la escala PAPS; patología alimentaria, medida por la escala EDE-Q; sintomatología obsesivo-compulsiva, medida por la escala OCI-R; sintomatología de ansiedad y depresión, medida por la escala HADS; y cantidad de actividad física vigorosa, medida por la subescala IPAQ vigorosa, y cuantificada en minutos (ver Tabla 2).

Tabla 2

Análisis de las puntuaciones medias en las distintas escalas

<i>Variables</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
<i>MPS</i>	35,00	141,00	89,04	19,10
<i>PAPS</i>	12,00	52,00	29,48	8,57
<i>EDE-Q</i>	0,00	5,09	0,72	0,74
<i>OCI-R</i>	0,00	41,00	14,14	9,01
<i>HADS</i>	5,00	34,00	17,51	5,99
<i>IPAQ vigorosa</i>	0,00	23744,00	4409,56	4877,17

5.2. Diferencias en el nivel de perfeccionismo en función del nivel de actividad física vigorosa y el nivel de competición

Se llevó a cabo una comparación mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes, para comprobar si existían diferencias en la frecuencia de actividad física vigorosa (medida por la subescala de actividad física vigorosa de la IPAQ) en función del nivel de competición de los estudiantes (competidores y no competidores), encontrándose una puntuación media de minutos dedicados a la actividad física vigorosa superior en el caso de los competidores, y estadísticamente significativa ($t = 3,77$; $p < ,001$) (ver Tabla 3).

Tabla 3

Diferencias en la frecuencia de actividad física vigorosa según el nivel de competición

<i>Variables</i>	<i>Competidores M (DT)</i>	<i>No competidores M (DT)</i>	<i>t</i>
<i>IPAQ vigorosa</i>	5333,07 (3839,46)	3392,23 (3693,84)	3,77**

Nota. (g.l. = 213) * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Posteriormente, se llevaron a cabo también comparaciones *t de Student* para muestras

independientes para conocer las diferencias en el nivel de perfeccionismo en función del nivel deportivo, medido en primer lugar por el nivel de competición (competidores y no competidores, ver Tabla 4) y en segundo lugar por la puntuación en la variable de actividad física vigorosa, medida por la IPAQ, y dividiendo a los estudiantes entre aquellos que puntuaron por encima del percentil 75 (considerados “riesgo”) y los que puntuaron por debajo (considerados “no riesgo”) (ver Tabla 5).

Tabla 4

Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de perfeccionismo según el nivel de competición

<i>Variables</i>	<i>Competidores M (DT)</i>	<i>No competidores M (DT)</i>	<i>t</i>
<i>MPS Total</i>	91,17 (19,48)	86,90 (18,54)	1,64
<i>MPS Miedo errores</i>	24,23 (7,45)	23,12 (6,97)	1,12
<i>MPS Influencias parentales</i>	17,56 (6,01)	15,99 (5,91)	1,94
<i>MPS Expectativas de logro</i>	28,35 (7,62)	26,51 (6,52)	1,91
<i>MPS Organización</i>	21,29 (5,13)	21,03 (5,93)	0,37

Nota. (g.l. = 214) * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tabla 5

Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de perfeccionismo según la frecuencia de actividad física vigorosa

<i>Variables</i>	<i>IPAQ vigorosa riesgo M (DT)</i>	<i>IPAQ vigorosa no riesgo M (DT)</i>	<i>t</i>
<i>MPS Total</i>	91,11 (21,63)	88,42 (18,43)	0,84
<i>MPS Miedo errores</i>	23,87 (7,84)	23,59 (7,08)	0,23
<i>MPS Influencias parentales</i>	17,46 (6,29)	16,56 (5,93)	0,89
<i>MPS Expectativas de logro</i>	28,59 (7,78)	27,13 (6,97)	1,22
<i>MPS Organización</i>	21,19 (5,79)	21,13 (4,99)	0,08

Nota. (g.l. = 214) IPAQ vigorosa riesgo=sujetos con puntuación superior al cuartil 75 (puntuaciones entre 5760 y 23744); IPAQ vigorosa no riesgo=sujetos con puntuación inferior al percentil 75 (puntuaciones entre 0 y 5759).

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

A partir de ambas tablas podemos comprobar que las puntuaciones de perfeccionismo, tanto en la escala global como en todas las dimensiones que componen la escala, son superiores en los estudiantes que llevan a cabo más actividad física, enmarcados en los grupos de IPAQ vigorosa de riesgo y de competidores, a pesar de no presentar diferencias estadísticamente significativas.

A continuación, se condujo un análisis de correlaciones bivariadas para comprobar si la edad era una variable a tener en cuenta a la hora de generar los restantes análisis de correlación. Se encontraron correlaciones, aunque bajas, estadísticamente significativas entre

la edad y la mayoría de las dimensiones psicológicas, medidas por las escalas MPS ($r = -,14$; $p = ,034$), PAPS ($r = -,19$; $p = ,004$), OCI-R ($r = -,17$; $p = ,012$), y HADS ($r = -,33$; $p < ,001$) (ver Tabla 6). Por este motivo, los análisis de correlación posteriores fueron parciales, teniendo la edad como variable controlada.

Tabla 6

Correlaciones Bivariadas de Pearson entre la edad, el nivel de actividad física y las distintas dimensiones psicológicas

Variables	Edad	MPS	PAPS	EDE-Q	OCI-R	HADS	IPAQ vigorosa
Edad	-						
MPS	-,14*	-					
PAPS	-,19**	,45**	-				
EDE-Q	-,02	,39**	,49**	-			
OCI-R	-,17*	,40**	,30**	,39**	-		
HADS	-,33**	,13	,22**	,02	,13	-	
IPAQ vigorosa	-,08	,06	-,03	,01	,01	-,03	-

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Se elaboró entonces un análisis de correlación parcial para conocer la relación entre el nivel de competición de los participantes (competidores y no competidores), el nivel de actividad física vigorosa y el nivel de perfeccionismo.

Se encuentra una correlación positiva baja y estadísticamente significativa entre el nivel de competición y la actividad física vigorosa ($r = ,24$; $p < ,001$). Se hallan también correlaciones positivas, muy bajas y no estadísticamente significativas entre el nivel de competición y el perfeccionismo ($r = ,097$; $p = ,28$); y entre la cantidad de ejercicio físico y el nivel de perfeccionismo ($r = ,05$; $p = ,50$) (ver Tabla 7).

Tabla 7

Correlaciones Parciales de Pearson entre nivel de competición, cantidad de actividad física vigorosa y nivel de perfeccionismo, controlando la edad

Variable	Nivel de competición	IPAQ vigorosa	MPS
Nivel de competición	-		
IPAQ vigorosa	,24**	-	
MPS	,07	,05	-

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$

5.3. Diferencias en las dimensiones psicológicas según el nivel de perfeccionismo

A continuación, se analizaron también mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes, las diferencias de medias en las dimensiones psicológicas según se perteneciese al cuartil de riesgo o a los tres cuartiles de no riesgo en la variable perfeccionismo (medido por la MPS) (ver Tabla 8 y Gráfico 3).

Tabla 8

Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones psicológicas totales según el nivel de perfeccionismo de la MPS

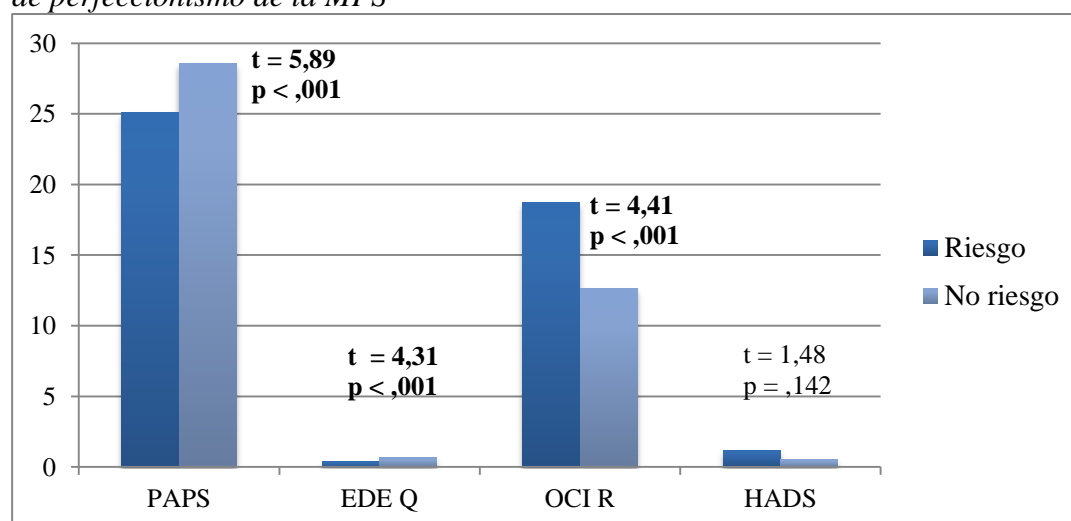
Variables	MPS Riesgo M (DT)	MPS No riesgo M (DT)	t	d de Cohen
PAPS Total	35,09 (8,17)	27,67 (7,91)	5,89** (105,23)	0,92
EDE Q total	1,21 (1,05)	0,56 (0,53)	4,31** (60,71)	0,78
OCIR Total	18,70 (8,82)	12,67 (8,59)	4,41** (215)	0,69
HADS total	18,47 (5,15)	17,20 (6,22)	1,48 (215)	

Nota. MPS Riesgo = sujetos con puntuación superior al cuartil 75 (puntuaciones entre 102 y 141); MPS No riesgo = sujetos con puntuación inferior al percentil 75 (puntuaciones inferiores a 102). * $p < ,05$; ** $p < ,01$.

En todas las dimensiones psicológicas introducidas en la comparación, las puntuaciones son superiores en los sujetos englobados en el grupo de riesgo de la MPS. Además, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escala PAPS, $t(215) = 5,89$; $p < ,001$ con un tamaño del efecto grande ($d \text{ de Cohen} = ,92$); en la escala EDEQ, $t(60,71) = 4,31$; $p < ,001$ con un tamaño del efecto grande ($d \text{ de Cohen} = ,78$); y en la escala OCIR, $d(215) = 4,41$; $p < ,001$ con un tamaño del efecto moderado ($d \text{ de Cohen} = ,69$).

Gráfico 3

Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones psicológicas totales según el nivel de perfeccionismo de la MPS



5.4. Asociación entre el nivel de perfeccionismo y las dimensiones psicológicas

Tras haberse comprobado previamente que la edad es una variable importante en el modelo (ver Tabla 6), se llevó a cabo un análisis de correlación parcial entre el nivel de perfeccionismo y las distintas dimensiones psicológicas, atendiendo asimismo a las distintas dimensiones del perfeccionismo (ver Tabla 9).

Tabla 9

Correlaciones Parciales de Pearson entre puntuaciones en MPS, subescalas de la MPS, PAPS, EDE-Q, OCI-R y HADS controlando la edad

Variable	MPS	MPS ME	MPS IP	MPS EL	MPS OR	PAPS	EDE-Q	OCI-R	HADS
MPS	-								
MPS ME	,82**	-							
MPS IP	,71**	,57**	-						
MPS EL	,83**	,53**	,39**	-					
MPS OR	,58**	,24**	,11	,48**	-				
PAPS	,44**	,48**	,30**	,31**	,16*	-			
EDE-Q	,39**	,41**	,26**	,29**	,18**	,50**	-		
OCI-R	,39**	,41**	,22**	,24**	,26**	,28**	,40**	-	
HADS	,09	,11	,02	,06	,06	,21**	,02	,08	-

Nota. MPS ME = subescala miedo a errores; MPS IP = subescala influencias parentales; MPS EL = subescala expectativas de logro; MPS OR = subescala organización. * $p < .05$; ** $p < .01$

Se observa que todas las correlaciones son positivas, aumentando por tanto unas variables en la misma dirección que las otras. Así, las correlaciones entre el nivel de perfeccionismo y la variable perfeccionismo orientado a la apariencia física (medido por la PAPS), son moderadas, positivas y estadísticamente significativas ($r = ,44$; $p = ,001$); las correlaciones entre el nivel de perfeccionismo y la variable sintomatología alimentaria (medida por la EDE Q), son moderadas, positivas y estadísticamente significativas ($r = ,39$; $p = ,001$); las correlaciones entre el perfeccionismo y la variable sintomatología obsesivo-compulsiva (medida por la OCI-R) son moderadas, positivas y estadísticamente significativas ($r = ,39$; $p = ,001$); y las correlaciones entre el nivel de perfeccionismo y la variable sintomatología de ansiedad y depresión (medida por la HADS), son bajas, positivas y no estadísticamente significativas ($r = ,09$; $p = ,19$). En la misma línea fueron las correlaciones encontradas entre las dimensiones de la MPS y las distintas variables psicológicas, siendo todas significativas a excepción de la relación con la variable HADS, y con fuerzas de la correlación oscilando entre bajas, moderadas y altas.

También, se condujo un análisis de regresión lineal multivariada por el método de pasos sucesivos para comprobar los factores asociados al nivel de perfeccionismo (medido por la escala MPS), y con el objetivo de examinar las variables que actúan como factor de riesgo del desarrollo de unos niveles altos de perfeccionismo (ver Tabla 10).

Tabla 10

Factores asociados al nivel de perfeccionismo a través de un análisis de regresión multivariado por pasos sucesivos (N=217)

Variable independiente	Coefficientes estandarizados	t	sig	R ² ajustada	F	sig
B						
1 (Constante)		10,58	,001		4,67	,032
Edad	-,15	-2,16	,032	,02		
2 (Constante)		6,19	,001		28,01	,001
Edad	-,06	-,98	,330	,20		
PAPS	,44	7,09	,001			
3 (Constante)		5,62	,001			
Edad	-,03	-,47	,641	,27		
PAPS	,36	5,84	,001		27,98	,001
OCI-R	,29	4,72	,001			
4 (Constante)		6,01	,001			
Edad	-,04	-,75	,452			
PAPS	,30	4,34	,001	,29	22,47	,001
OCI-R	,25	3,87	,001			
EDE-Q	,15	2,13	,034			

Nota. (g.l. = 215). Varianza total explicada del perfeccionismo = 29%

En un primer modelo, se empleó como variable independiente únicamente la edad (R^2 ajustada = ,017; $p = ,032$); en el segundo modelo se añadió el perfeccionismo orientado a la apariencia física, medido por la escala PAPS (R^2 ajustada = ,201; $p < ,001$); en el tercer modelo se añadió la variable sintomatología obsesivo-compulsiva medida por la escala OCI-R (R^2 ajustada = ,274; $p < ,001$); y en el cuarto modelo se añadió la variable patología alimentaria medida por la EDE-Q (R^2 ajustada = ,285; $p < ,001$), explicándose por tanto una mayor proporción de varianza al añadirse cada nueva variable, y quedando explicada en el modelo final el 28,5% de la varianza de la MPS por las restantes dimensiones psicológicas. Por su parte, la variable sintomatología de ansiedad y depresión (medida por la escala HADS) quedó excluida del modelo, al no ser significativa a la hora de explicar la variable perfeccionismo.

5.5. Diferencias en el nivel de actividad física, de perfeccionismo y en las dimensiones psicológicas en función de la edad

Dado que mediante las pruebas previas se comprobó la relevancia de la edad en los análisis (ver Tabla 6), se llevaron a cabo pruebas que incluyesen esta variable.

Primero, se condujo una prueba *t de Student* para muestras independientes para comprobar la edad de los participantes en función del curso académico al que perteneciesen. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la edad media de los participantes en función del curso académico al que pertenezcan ($t = -9,30$; $p < ,001$), encontrándose los estudiantes de mayor edad, como era de esperar, en el 4º curso de grado (edad media próxima a los 23 años), frente al alumnado de 1º curso de grado (edad media próxima a los 20 años).

Una vez determinado esto, y asumiendo el curso académico como una alternativa dicotómica equivalente a la variable edad, se llevó a cabo un análisis de comparación con *t de Student* de las puntuaciones de las escalas globales en función del curso académico al que perteneciesen los participantes (ver Tabla 11 y Gráfico 4).

Se encuentra que en todas las escalas, las puntuaciones son superiores en el caso de los participantes del 1º curso académico. En concreto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la escala PAPS $t(215) = 3,40$; $p < ,001$, con un tamaño del efecto moderado ($d = ,52$); en la escala OCI-R $t(215) = 2,51$; $p = ,013$, con un tamaño del efecto pequeño ($d = ,38$); y en la escala HADS $t(215) = 9,34$; $p < ,001$, con un tamaño del efecto muy grande ($d = 1,63$).

Tabla 11

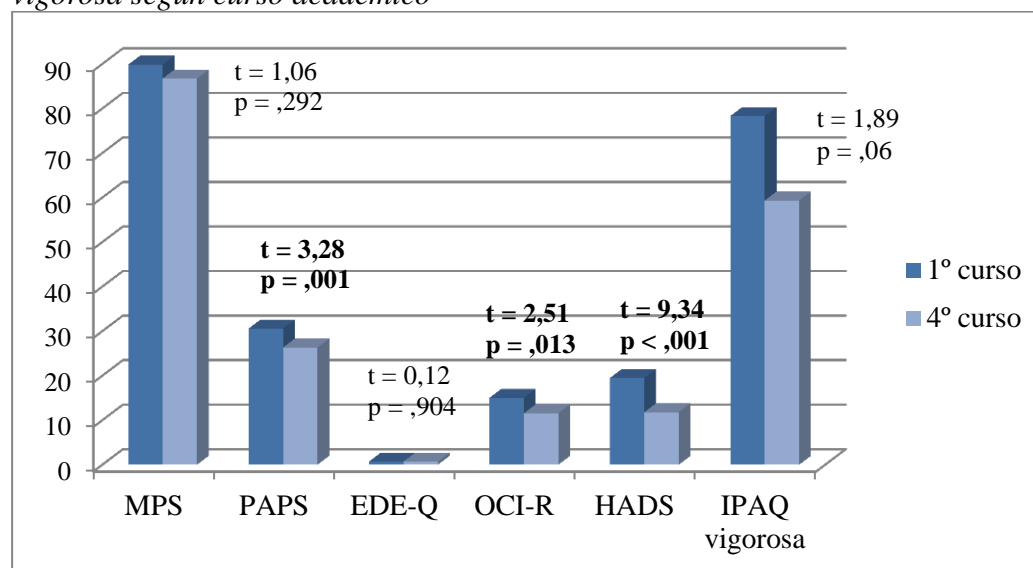
Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones psicológicas totales y de actividad física vigorosa según curso académico

Variables	1º Curso M (DT)	4º Curso M (DT)	t	d de Cohen
MPS Total	89,84 (18,81)	86,71 (19,90)	1,06	
PAPS Total	30,58 (8,54)	26,32 (7,91)	3,28**	0,52
EDE Q total	0,73 (,77)	0,71 (,66)	0,12	
OCIR Total	15,04 (8,56)	11,57 (9,82)	2,51*	0,38
HADS total	19,49 (5,24)	11,82 (4,10)	9,34**	1,63
IPAQ vigorosa	4699,13 (3969,91)	3561,89 (3488,93)	1,89	

Nota. (g.l. = 215) * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Gráfico 4

Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones psicológicas totales y de actividad física vigorosa según curso académico



Nota. Transformación de la puntuación de la IPAQ de minutos a horas para mejor ajuste de la escala

Además, se condujo un análisis mediante la distribución χ^2 de Pearson para comprobar si existía relación entre el nivel de competición de los estudiantes (competidores o no competidores) y el curso académico al que perteneciesen (1º curso o 4º curso de grado). Los resultados se recogen en la Tabla 12, presentando una $\chi^2 = 6,24$; $p = ,013$ que muestra diferencias significativas en la frecuencia de competidores y no competidores en función del curso académico al que perteneciesen, hallándose un porcentaje superior en 1º que en 4º curso de grado, lo que reafirma la probable influencia de la edad en las restantes comparaciones.

Tabla 12

Relación entre el nivel de competición y el curso académico de los estudiantes

Variables	Competidores	No Competidores	χ^2
			6,24*
1º curso grado	81,3%	18,7%	
4º curso grado	66,3%	33,7%	

Nota. (g.l. = 1) * $p < ,05$ ** $p < ,01$

5.6. Diferencias en las dimensiones psicológicas en función del nivel de actividad física vigorosa y el nivel de competición

Se llevó a cabo un análisis comparativo mediante la prueba *t* de Student para muestras

independientes para evaluar si había diferencias significativas en las distintas dimensiones psicológicas en función de si la persona pertenecía a un nivel deportivo de competición o no, en un primer momento (ver Tabla 13); y si existían diferencias significativas en las distintas dimensiones psicológicas en función del nivel de actividad física vigorosa medida por la IPAQ vigorosa (ver Tabla 14).

Tabla 13

Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones psicológicas según nivel de competición

<i>Variables</i>	<i>Competidores M (DT)</i>	<i>No competidores M (DT)</i>	<i>t</i>
<i>PAPS Total</i>	29,00 (8,21)	30,06 (8,97)	-0,90 (214)
<i>EDE Q total</i>	0,67 (0,64)	0,78 (0,84)	-1,08 (192,28)
<i>OCIR Total</i>	14,12 (8,58)	14,21 (9,53)	-0,62 (214)
<i>HADS total</i>	17,82 (5,90)	17,21 (6,12)	0,74 (214)

Nota. * $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tabla 14

Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones psicológicas según el nivel de actividad física vigorosa

<i>Variables</i>	<i>IPAQ vigorosa riesgo M (DT)</i>	<i>IPAQ vigorosa no riesgo M (DT)</i>	<i>t</i>
<i>PAPS Total</i>	28,52 (8,28)	29,76 (8,68)	-0,87
<i>EDE Q total</i>	0,68 (0,68)	0,74 (0,76)	-,044
<i>OCIR Total</i>	13,91 (8,70)	14,24 (9,13)	-0,22
<i>HADS total</i>	17,28 (6,05)	17,62 (5,98)	-0,34

Nota. (g.l.=214) IPAQ vigorosa riesgo = sujetos con puntuación superior al cuartil 75 (puntuaciones entre 5760 y 23744); IPAQ vigorosa no riesgo = sujetos con puntuación inferior al percentil 75 (puntuaciones entre 0 y 5759).

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Se encuentran puntuaciones superiores y no estadísticamente significativas de los estudiantes competidores frente a los no competidores respecto a la variable de sintomatología de ansiedad y depresión medida por la HADS (t (214) = 0,74; $p = ,457$). Por otra parte, hallamos puntuaciones superiores y no significativas de los no competidores frente a los competidores en las variables de perfeccionismo orientado a la apariencia física, medido por la PAPS (t (214) = -0,90; $p = ,367$); en la variable de patología alimentaria (t (192,28) = -1,08; $p = ,283$); y en la variable de sintomatología obsesivo-compulsiva (t (214) = -,062; $p = ,950$).

En cuanto al nivel de actividad física vigorosa, vemos que los estudiantes con una frecuencia de práctica de actividad física vigorosa mayor (cuartil de riesgo), presentan puntuaciones medias inferiores en todas las variables psicológicas, sin diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo de no riesgo.

5.7. Asociación entre el nivel de actividad física y el nivel de competición con las puntuaciones en las dimensiones psicológicas

En último término, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria, tomando como variable dependiente el nivel de competición (competidor = 1; o no competidor = 0) al que perteneciesen los participantes y tomando como covariables las restantes dimensiones psicológicas, para comprobar cuáles de ellas actúan como factores de riesgo del hecho de ser competidor.

El modelo se produjo en un único paso mediante el método introducir, y la R^2 de Nagelkerke es de 0,24 en el modelo resultante, demostrando que las variables introducidas explican hasta el 24% de la varianza del hecho de ser competidor, primero de forma individual y después de manera grupal.

Observamos que todas las dimensiones psicológicas excepto el perfeccionismo, por tener un coeficiente β positivo y un valor de OR inferior a 1, actuarían como factor de protección. La edad (OR = 0,75), debido a que su intervalo de confianza se encuentra fuera del 1, es el único factor que disminuye la probabilidad de ser competidor, de modo que a mayor edad menor probabilidad de ser competidor. Por su parte el perfeccionismo (MPS) es el único factor de riesgo del modelo, aunque su riesgo es ($\beta = ,02$) (ver Tabla 15).

Tabla 15

Factores asociados al nivel de competición a través de un análisis de regresión logístico binario (N=217)

Variable	β	Error estándar	p	Odds Ratio	95% CI
Edad	-,29	,07	<,001	,75	[0,65;0,86]
MPS	,02	,01	,026	1,02	[1,00;1,04]
PAPS	-,04	,02	,082	,96	[0,92;1,00]
EDE-Q	-,19	,25	,445	,83	[0,51;1,35]
OCI-R	-,02	,02	,395	,98	[0,95;1,02]
HADS	-,01	,03	,693	,99	[0,94;1,04]

Nota. (g.l. = 1)

6. Discusión y Conclusiones

6.1. Discusión

Debido a la conceptualización del perfeccionismo como un rasgo muy vinculado a diversas psicopatologías, y asimismo dadas las conexiones encontradas entre la actividad deportiva y el perfeccionismo; se considera de gran relevancia atender a estas dos posibles asociaciones. Así, se podrían proporcionar opciones preventivas de las psicopatologías atendiendo a los desencadenantes y ajustándose a las circunstancias de las personas que las sufren, tanto para ser abordado desde la Psicología como desde otras ciencias de la salud.

El objetivo principal de este estudio era examinar la relación existente entre el perfeccionismo y la actividad física, así como examinar el vínculo entre cada una de estas dos variables con las dimensiones psicológicas de perfeccionismo orientado a la apariencia física, patología alimentaria, sintomatología obsesivo-compulsiva y sintomatología de ansiedad y depresión en una muestra de 217 estudiantes universitarios varones de INEF. Para ello, en primer lugar se examinaron los niveles de perfeccionismo, de actividad física y del resto de dimensiones psicológicas, planteando la hipótesis de que los estudiantes pertenecientes a un nivel deportivo de competición presentarían niveles significativamente mayores de actividad física (AF) vigorosa, medida por la cantidad de minutos semanal dedicados a este tipo de actividades. Esta hipótesis se constató, con una media de minutos de 5333 en los competidores, frente a los 3392 minutos de media de los no competidores. Este dato concuerda con los estudios previos llevados a cabo por Hodge y Deakin (1998) y Baker, Côté y Abernethy (2003), que observan superioridad de tiempo empleado en la práctica deportiva vigorosa en deportistas competidores frente a los no competidores.

En segundo lugar, se planteó la hipótesis de que tanto una mayor frecuencia de actividad física vigorosa como la pertenencia a un grupo deportivo de competición se asociaría con un mayor nivel de perfeccionismo. Esto se cumple en ambos casos y para todas las dimensiones de la MPS, en línea con los resultados de Dunn et al. (2006), que encuentran mayores niveles de perfeccionismo en su muestra de futbolistas de competición frente a los futbolistas *amateur* y los no deportistas. También, Goodwin et al. (2011) encuentran en su muestra de adolescentes británicos mayores frecuencias de actividad física en las personas con niveles mayores de perfeccionismo. No obstante, las diferencias entre los grupos no son en ningún caso estadísticamente significativas, lo que podría verse justificado por el hecho de que todos los participantes realizan un alto nivel de actividad deportiva, dado que este Grado

Universitario exige un alto rendimiento académico y requiere unas pruebas de alta exigencia deportiva para ser admitidos. De este modo, es probable que se esté empleando un filtro que actúe requiriendo estudiantes con alto perfeccionismo como valor académico.

En tercer lugar, se estudió la relación entre el perfeccionismo y las dimensiones psicológicas de los estudiantes de INEF, hipotetizando que los estudiantes con mayores niveles de perfeccionismo también puntuarían más alto en las restantes escalas de medida de las dimensiones psicológicas, en línea con la propuesta de Egan et al. (2011) acerca de la asociación del perfeccionismo tanto con la génesis como con el mantenimiento de diversas psicopatologías. Esta hipótesis se cumple, presentándose niveles superiores en todas las variables psicológicas en los estudiantes con mayores niveles de perfeccionismo.

En concreto, las puntuaciones son significativamente superiores en el grupo de niveles altos de perfeccionismo: en la variable perfeccionismo orientado a la apariencia física o en la variable de patología alimentaria, en consonancia con estudios previos como el de Lilenfeld et al. (2000) o el de Dryer et al. (2016), y, en la línea de la propuesta de Bardone-Cone et al. (2007), se encuentra que la dimensión del perfeccionismo que más correlaciona con la patología alimentaria es la de miedo a los errores ($r = 0,41$). También, en la variable de sintomatología obsesivo-compulsiva las puntuaciones son significativamente superiores en el grupo de niveles altos de perfeccionismo, en línea con los resultados de Sassaroli et al. (2008) en su muestra de pacientes diagnosticados con TOC, y los de Bulik et al. (2003), que encuentran una relación especialmente alta con la dimensión de preocupación por los errores, igual que sucede en nuestro caso ($r = 0,41$).

Por su parte, a pesar de que las diferencias entre los grupos no son en este caso estadísticamente significativas, las puntuaciones en la escala de ansiedad y depresión también son superiores en los estudiantes con niveles mayores de perfeccionismo, en línea con Hankin et al. (1997), que explican sus resultados en relación con una posible sobrevaloración de las preocupaciones por parte de las personas con altos niveles de perfeccionismo. Otros autores como Bulik et al. (2003), además proponen que la dimensión preocupación por los errores presentaría la mayor asociación con la ansiedad y el estado de ánimo, hecho que se confirma en nuestro caso, al presentar la correlación más alta ($r = ,11$), a pesar de ser bastante baja.

Además, mediante el análisis de regresión, comprobamos que todas las variables, a excepción de la variable de sintomatología de ansiedad y depresión medida por la escala HADS, explican parcialmente el perfeccionismo, en concreto un 28,5% de su varianza. Una posible explicación a la ausencia de la ansiedad y la depresión, sería la posible vinculación de los niveles de ansiedad y depresión a otras facetas de la vida no tan conectadas ni con el

ámbito académico ni con el deportivo, que es donde los estudiantes de esas edades podrían expresar en mayor medida una afectación debida a los niveles elevados de perfeccionismo.

En cuarto lugar se hipotetizó que los estudiantes con frecuencias mayores de actividad física vigorosa tendrían puntuaciones superiores en las dimensiones psicológicas; y, del mismo modo, los estudiantes competidores tendrían puntuaciones superiores en estas dimensiones que los no competidores. Esta hipótesis es congruente con estudios previos como el de Meyer y Taranis (2011) que proponen una mayor asociación entre la actividad física y los niveles elevados de perfeccionismo y psicopatología.

No obstante, nuestros resultados no confirman esta hipótesis, al encontrarse puntuaciones superiores en todas las variables psicológicas en los no competidores y en los estudiantes con menores frecuencias de AF vigorosa medida por la IPAQ vigorosa. Esto se contrapone por ejemplo con los resultados de Torstveit et al. (2008), que encuentran en su muestra de 700 atletas de élite proporciones muy superiores de patología alimentaria que en deportistas *amateur* y en población general; o con la predicción de Goodwin et al. (2014) de que la sintomatología obsesivo-compulsiva se asociaría probablemente a mayores niveles de AF vigorosa.

Estos resultados inesperados pueden fundamentarse en lo difuso de los límites entre un ejercicio físico saludable y beneficioso, y otro excesivo y perjudicial. Por ejemplo, García-Naveira et al. (2011) sí proponen que una mayor actividad física sería predictora de una mayor estabilidad emocional. Mientras, Jürgens (2006) señala una mejor percepción de la imagen corporal en los deportistas de su muestra. Sumado a esto encontramos los resultados de Wipfli et al. (2008), que describe una posible función del deporte como reductor de la ansiedad de las personas que lo ejercen. Por tanto, sería necesario establecer más adecuadamente mediante nuevos estudios los límites entre lo excesivo y lo adecuado en lo que respecta a la AF, para poder hacer comparaciones más adecuadas.

Por último, nos propusimos examinar la relación entre el nivel de actividad física y las variables psicológicas en función de la edad. Debido a la relativa ausencia de estudios en esta línea, nos basamos en Figueras-Masip, Amador-Campos y Però-Cebollero (2008) que en su estudio acerca de la depresión en adolescentes, comprueban en una muestra no clínica que los niveles de depresión son superiores en los adolescentes de mayor edad; proponiendo en el nuestro también unos mayores niveles en todas las variables psicológicas en los estudiante de mayor edad.

No obstante, esta hipótesis se ve rechazada, al presentar los estudiantes de 1º curso de grado puntuaciones superiores en todas las escalas, y en concreto estadísticamente

significativas en el perfeccionismo orientado a la apariencia física, en sintomatología obsesivo-compulsiva y en sintomatología de ansiedad y depresión. Esto demuestra que, frente a lo que se produce en otros estudios, como el de Sepúlveda et al. (2008), que encontraban mayor psicopatología alimentaria y mayor malestar psicológico asociado en estudiantes de cuarto curso, en nuestro caso la edad ayuda a estabilizar a los estudiantes, en lugar de actuar el mayor nivel académico como generador de presiones que pudieran desestabilizar el bienestar emocional.

6.2. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

A pesar de que el presente estudio nos permitió constatar algunas de las conclusiones más relevantes obtenidas en otras investigaciones de mayor envergadura, entendemos que ofrece una serie de limitaciones, seguramente difíciles de superar en un Trabajo de Fin de Máster, pero que nos parece oportuno señalar:

a) En primer lugar, el tamaño de la muestra, que pese a tener una dimensión considerable para un trabajo de estas características ($N = 217$), no lo es suficientemente para poder establecer una generalización de los resultados obtenidos.

b) En segundo lugar, debido a las desproporciones entre mujeres y hombres y entre competidores Nacionales e Internacionales, no se pudieron hacer comparaciones en esta línea. Esto podría haber resultado de elevado interés, dada la existencia de abundantes estudios acerca del perfeccionismo y la psicopatología, en concreto alimentaria, que se han llevado a cabo en mujeres deportistas.

c) En tercer lugar, a pesar de que el número de estudiantes de 1º curso y 4º curso de grado sí fue suficiente para realizar comparaciones, estas habrían sido más adecuadas de darse una mayor equivalencia en el número de individuos pertenecientes a cada uno de los cursos.

d) En cuarto lugar, al tratarse de una muestra únicamente de estudiantes de INEF, que es de por sí una población que lleva a cabo mucha actividad física, podría no haberse discriminado bien entre los que hacen poca y mucha actividad física. A esto se añade la ausencia de una medida objetiva de la actividad física, que se añadiese al IPAQ.

e) Por último, debido a que este estudio se engloba en una investigación mayor y por este motivo la batería de cuestionarios que tuvieron que cubrir los participantes fue bastante amplia, el cansancio al realizar esta tarea podría afectar a los resultados obtenidos.

Por otra parte, dado que el ámbito del deporte y el *fitness* está presentando un crecimiento exponencial, resulta muy interesante continuar llevando a cabo estudios de este tipo, que encuentren posibles vínculos entre la actividad física y la psicopatología, para así poder actuar con propuestas preventivas adecuadas, tomando en consideración la variable del perfeccionismo por haberse demostrado implicada.

De este modo, la experiencia obtenida en nuestro trabajo, y en especial los límites a los que hicimos referencia más arriba, nos permiten sugerir algunos aspectos de mejora en futuros estudios que asegurarían datos más completos y matizados:

a) La ampliación y diversificación de la muestra, incluyendo estudiantes de otras facultades y titulaciones que no incluyan en su plan de estudios el deporte como dimensión curricular.

b) La inclusión en la muestra, de manera proporcional, de mujeres y competidores de todos los niveles (ej.: Nacional e Internacional), para poder llevar a cabo comparaciones relacionadas con estas variables, y en concreto para poder identificar la tipología de perfeccionismo que está más presente en deportistas de alto rendimiento, si la funcional o la disfuncional.

c) La inclusión, tras la valoración realizada por la escala de actividad física IPAQ, de una medida objetiva mediante un acelerómetro, para tener un punto de corte más correcto en base al gasto en MET del participante.

d) La incorporación de evaluaciones de la posible presencia de Dismorfia Muscular, que es una psicopatología a la que se le está empezando a conceder más atención, y que se encuentra en un grado muy elevado vinculada al perfeccionismo y a la actividad deportiva.

6.3. Implicaciones preventivas

De los resultados obtenidos en este estudio se extrae la existencia de una gran presencia de niveles elevados de perfeccionismo en el ámbito universitario, que podría resultar perjudicial de no realizarse una adecuada canalización de esta variable.

Al tratarse de una población en la que se producen exigencias muy elevadas, con temarios muy amplios y cualitativamente muy distintos, se pone al alumnado en contacto con experiencias nuevas para las que se les requiere un nivel de flexibilidad y mimetización bastante elevado para ser capaces de alcanzar los estándares requeridos. Esto genera una presión muy elevada, posiblemente vinculando la heteroexigencia con un aumento de la

autoexigencia.

Es por esto que resulta de elevado interés plantear la implementación de algún tipo de programa que facilite la efectiva gestión del perfeccionismo en los grupos de estudiantes, en la línea de la propuesta de la gestión del estrés laboral realizada por la Oficina Internacional del Trabajo de Ginebra (2013). De este modo podrían seguir valorando positivamente las facetas funcionales, pero previniendo la aparición de las psicopatologías probablemente asociadas a las facetas disfuncionales del perfeccionismo.

Por otra parte, también se extrae la importancia de delimitar la adecuación de la actividad física, generando rangos que diferencien lo sano de lo perjudicial.

Así, las guías encargadas de la promoción de un estilo de vida saludable, como la de la OMS (2010) o la elaborada por Gil-Antuñano, Zenarruzabeitia y Camacho (2009) con el amparo del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, deberían centrarse tanto en los términos de salud física como de salud mental a la hora de hacer las propuestas de los niveles de actividad física adecuados.

A mayores, estas guías que hacen referencia a recomendaciones en cuanto a la alimentación y al deporte, en ocasiones pueden resultar iatrogénicas si la población que las lee tiene rasgos importantes de perfeccionismo y obsesividad, ya que podría convertir dichas recomendaciones en normas y tratar de seguirlas en todo momento independientemente de las circunstancias y condiciones de salud física y mental en que se encuentre, por lo que habría que cuidar la expresión en las guías y la accesibilidad a ellas.

En resumen, se deberían dedicar más esfuerzos para la prevención de la psicopatología y para la promoción de un adecuado bienestar emocional en estudiantes en sus primeros contactos con un ámbito universitario probablemente generador de mayores exigencias, atendiendo asimismo a la actividad deportiva como un factor probablemente relacionado con la psicopatología, a pesar de que más investigación sigue siendo necesaria para determinar si esta relación constituye un factor protector o un factor de riesgo.

En conclusión, el conocimiento es un pilar básico y la herramienta inicial para construir cambios que puedan lograr mejoras. Deberíamos solicitar una maximización de recursos para la investigación que aumente dicho conocimiento, y de este modo poner en práctica medidas preventivas que frenen posibles daños y ayuden a mejorar la calidad de vida.

7. Referencias bibliográficas

- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Whitt, M. C., Irwin, M. L., Swartz, A. M., Strath, S. J., y Jacobs, D. R. (2000). Compendium of physical activities: an update of activity codes and MET intensities. *Medicine and science in sports and exercise*, 32(9; SUPP/1), S498-S504. Extraído de: <https://pdfs.semanticscholar.org/314e/dc8553c9a5920a14eb799b67c2a11e07b8bf.pdf> el 22 de mayo de 2017
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baker, J., Côté, J., y Abernethy, B. (2003). Sport-specific practice and the development of expert decision-making in team ball sports. *Journal of applied sport psychology*, 15(1), 12-25. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10413200305400>
- Bardone-Cone, A., Wonderlich, S. A., Frost, R. O., Bulik, C. M., Mitchell, J. E., Uppala, S., y Simonich, H. (2007). Perfectionism and eating disorders: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 384-405. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.005>
- Boletín Oficial do Estado (1999). *Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*. BOE Núm 298, referencia BOE-A-1999-23750. Extraído de: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> el 2 de mayo de 2017
- Boletín Oficial do Estado (2011). *Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación*. BOE Núm 131, referencia BOE-A-2011-9617. Extraído de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-9617-consolidado.pdf> el 2 de mayo de 2017
- Bonci, C. M., Bond, L. J., Granger, L. R., Johnson, C. L., Malina, R. M., Milne, L. W., y Vanderbunt, E. M. (2008). National athletic trainers' association position statement: Preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *Journal of Athletic Training*, 43(1), 80-108. doi:<http://dx.doi.org/10.4085/1062-6050-43.1.80>
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., y Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368. doi:<http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.366>
- Carrasco, Á., Belloch, A., y Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y*

- Modificación de Conducta*, 35(152). Extraído de: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1225> el 27 de abril de 2017
- Cava, M. J., Buelga, S., Musitu, G., y Murgui, S. (2010). Violencia escolar entre adolescentes y sus implicaciones en el ajuste psicosocial: un estudio longitudinal. *Revista de Psicodidáctica*, 15(1), 21-34. Extraído de: <https://www.uv.es/lisis/mjesus/rev-psico2010.pdf> el 25 de mayo de 2017
- Cockell, S. J., Hewitt, P. L., Seal, B., Sherry, S., Goldner, E. M., Flett, G. L., y Remick, R. A. (2002). Trait and self-presentational dimensions of perfectionism among women with anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 26(6), 745-758. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1021237416366>
- Cohen, J. D., Usher, M., y McClelland, J. L. (1998). A PDP approach to set size effects within the stroop task: Reply to kanne, balota, spieler, and faust (1998). *Psychological Review*, 105(1), 188-194. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.105.1.188>
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., y Rhéaume, J. (2003). "Not just right experiences": Perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 681-700. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00044-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00044-X)
- Coverley Veale, D. D. (1987). Exercise dependence. *British Journal of Addiction*, 82(7), 735-740. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.1987.tb01539.x>
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjöström, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., y Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 35(8), 1381-1395. Extraído de: <http://www.gac-usp.com.br/resources/International%20physical%20activity%20questionnaire-%2012-country%20reliability%20and%20validity%20-%20CRAIG%20-%202003.pdf> el 22 de mayo de 2017
- Cunningham, M. L., Griffiths, S., Baillie, A., y Murray, S. B. (2016). Emotion dysregulation moderates the link between perfectionism and dysmorphic appearance concern. *Psychology of Men & Masculinity*. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/men0000082>
- Czeglédi, E., Probst, M., y Babusa, B. (2015). Body dissatisfaction, trait anxiety and self-esteem in young men. *Psihijatrija danas*, 47(1), 29-41. doi: <http://dx.doi.org/159.923.2.072-055.1>
- Davis, C., Karvinen, K., y McCreary, D. R. (2005). Personality correlates of a drive for

- muscularity in young men. *Personality and Individual Differences*, 39(2), 349-359.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.01.013>
- Dryer, R., Farr, M., Hiramatsu, I., y Quinton, S. (2016). The role of sociocultural influences on symptoms of muscle dysmorphia and eating disorders in men, and the mediating effects of perfectionism. *Behavioral Medicine*, 42(3), 174-182.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/08964289.2015.1122570>
- Dunn, J. G., Gotwals, J. K., Dunn, J. C., y Syrotuik, D. G. (2006). Examining the relationship between perfectionism and trait anger in competitive sport. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 4(1), 7-24.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/1612197X.2006.9671781>
- Egan, S. J., Wade, T. D., y Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203-212.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Egan, S. J., Bodill, K., Watson, H. J., Valentine, E., Shu, C., y Hagger, M. S. (2017). Compulsive exercise as a mediator between clinical perfectionism and eating pathology. *Eating Behaviors*, 24, 11-16.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2016.11.001>
- Eisenberg, M. E., Wall, M., y Neumark-Sztainer, D. (2012). Muscle-enhancing behaviors among adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 130(6), 1019-1026.
doi:<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-0095>
- Fairburn, C. G., y Bèglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
Extraído de <https://search.proquest.com/docview/618631043?accountid=17253> el 27 de abril de 2017
- Figueras-Masip, A., Amador-Campos, J. A., y Però-Cebollero, M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International journal of clinical and health psychology*, 8(1), 247-266.
Extraído de: <https://search.proquest.com/docview/622086269?accountid=17253> el 27 de mayo de 2017
- Filaire, E., Rouveix, M., Pannafieux, C., y Ferrand, C. (2007). Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists. *J Sports Sci Med*, 6(1), 50-7.
Recuperado de: <http://www.jssm.org/researchjssm-06-50.xml.xml> a 25 de abril de 2017
- Flett, G. L., y Hewitt, P. L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current*

- Directions in Psychological Science*, 14(1), 14. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00326.x>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., y Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., y Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF01172967>
- Frost, R. O., y Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 291-296. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00108-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00108-8)
- Fullana, M. A., Tortella-Feliu, M., Caseras, X., Andión, Ó., Torrubia, R., y Mataix-Cols, D. (2005). Psychometric properties of the spanish version of the obsessive-compulsive inventory-revised in a non-clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 893-903. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.10.004>
- García-Naveira, A., Ruiz Barquín, R., y Pujals, C. (2011). Diferencias en personalidad en función de la práctica o no deportiva, nivel de competición y categoría por edad en jugadores de fútbol desde el modelo de Costa y McCrae. *Revista de psicología del deporte*. Extraído de <https://search.proquest.com/docview/902553246?accountid=17253> el 26 de mayo de 2017
- Gil-Antuñano, N. P., Zenarruzabeitia, Z. M., y Camacho, A. M. R. (2009). *Alimentación, Nutrición e Hidratación en el deporte*. Madrid: Consejo Superior de Deportes.
- Goldfried, M. R. (1984). Changing deep structures. *Contemporary Psychology*, 29(2), 115-116. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/022624>
- Goodwin, H., Haycraft, E., Willis, A., y Meyer, C. (2011). Compulsive exercise: The role of personality, psychological morbidity, and disordered eating. *International Journal of Eating Disorders*, 44(7), 655-660. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20902>
- Goodwin, H., Haycraft, E., y Meyer, C. (2014). Psychological risk factors for compulsive exercise: A longitudinal investigation of adolescent boys and girls. *Personality and Individual Differences*, 68, 83-86. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.03.048>
- Haase, A. M., Prapavessis, H., y Owens, R. G. (2002). Perfectionism, social physique anxiety and disordered eating: A comparison of male and female elite athletes. *Psychology of*

- Sport and Exercise*, 3(3), 209-222. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1469-0292\(01\)00018-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1469-0292(01)00018-8)
- Hagströmer, M., Bergman, P., De Bourdeaudhuij, I., Ortega, F. B., Ruiz, J. R., Manios, Y., y Sjöström, M. (2008). Concurrent validity of a modified version of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-A) in European adolescents: The HELENA Study. *International journal of obesity*, 32, S42-S48. doi: 10.1038/ijo.2008.182
- Hagströmer, M., Oja, P., y Sjöström, M. (2006). The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public health nutrition*, 9(06), 755-762. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16925881> el 22 de mayo de 2017
- Halmi, K. A., Tozzi, F., Thornton, L. M., Crow, S., Fichter, M. M., Kaplan, A. S., y Bulik, C. M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371-374. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20190>
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15(1), 27-33. Extraído de: <https://search.proquest.com/docview/616292295?accountid=17253> el 27 de abril de 2017
- Hamidi, S., y Besharat, M. A. (2010). Perfectionism and competitive anxiety in athletes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 5, 813-817. doi: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.190>
- Hankin, B. L., Roberts, J., y Gotlib, I. H. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 663-679. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1021808308041>
- Hausenblas, H. A., y Mack, D. E. (1999). Social physique anxiety and eating disorder correlates among female athletic and nonathletic populations. *Journal of Sport Behavior*, 22(4), 502-513. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/619437008?accountid=17253> a 25 de abril de 2017
- Herrero, M. J., Blanch, J., Peri, J. M., De Pablo, J., Pintor, L., y Bulbena, A. (2003). A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283.

doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4)

- Hewitt, P. L., y Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hodge, T., y Deakin, J. M. (1998). Deliberate practice and expertise in the martial arts: The role of context in motor recall. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. Extraído de: <https://search.proquest.com/docview/619370446?accountid=17253> el 29 de mayo de 2017
- IPAQ Research Committee. (2005). Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms. Extraído de: http://www.institutferran.org/documentos/scoring_short_ipaq_april04.pdf el 26 de mayo de 2017.
- Johnson, C., Powers, P. S., y Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The national collegiate athletic association study. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 179-188. doi: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199909\)26:2](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199909)26:2)
- Jürgens, I. (2006) Práctica deportiva y percepción de calidad de vida. *Rev Int Med Cienc Act Fis Deporte*, 6(22), 62-74. Extraído de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista22/artsalud20.pdf> el 26 de mayo de 2017
- Kowalski, K. C., Crocker, P. R., y Faulkner, R. A. (1997). Validation of the physical activity questionnaire for older children. *Pediatric exercise science*, 9(2), 174-186. Extraído de: <https://pdfs.semanticscholar.org/422c/963447f1baab88961139c086b06e051fada7.pdf> el 27 de abril de 2017
- Lee, P. H., Macfarlane, D. J., Lam, T. H., y Stewart, S. M. (2011). Validity of the international physical activity questionnaire short form (IPAQ-SF): A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8(1), 115. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-8-115>
- Lilenfeld, L. R. R., Stein, D., Bulik, C. M., Strober, M., Plotnicov, K., Pollice, C., y Kaye, W. H. (2000). Personality traits among current eating disordered, recovered and never ill first-degree female relatives of bulimic and control women. *Psychological Medicine*, 30(6), 1399-1410. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799002792>
- Maraz, A., Urban, R., Griffiths, M. D., y Demetrovics, Z. (2015). An Empirical Investigation of Dance Addiction. *PloS ONE*, 10, e0125988.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0125988>

- Martínez-Gómez, D., Martínez-de-Haro, V., Pozo, T., Welk, G. J., Villagra, A., Calle, M. E., y Veiga, O. L. (2009). Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Revista española de salud pública*, 83(3), 427-439. Extraído de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n3/original5.pdf> el 27 de abril de 2017
- McFall, M. E., y Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3(4), 333-348. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF01184447>
- Meyer, C., y Taranis, L. (2011). Exercise in the eating disorders: Terms and definitions. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 169-173. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/erv.1121>
- Meyer, C., Taranis, L., Goodwin, H., y Haycraft, E. (2011). Compulsive exercise and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 174-189. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/erv.1122>
- Minarik, M. L., y Ahrens, A. H. (1996). Relations of eating and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 155-169. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/BF02228032>
- Nicholls, A. R., Polman, R. C., Levy, A. R., y Backhouse, S. H. (2009). Mental toughness in sport: Achievement level, gender, age, experience, and sport type differences. *Personality and Individual Differences*, 47(1), 73-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.02.006>
- Oficina Internacional del Trabajo (2013). *La prevención del estrés en el trabajo: lista de puntos de comprobación. Mejoras prácticas para la prevención del estrés en el lugar de trabajo*. Ginebra: Oficina Internacional de Trabajo
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Extraído de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf el 23 de mayo de 2017.
- Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2012). Validation of eating disorder examination questionnaire (EDE-Q)—Spanish Version—for screening eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(2), 817-824. doi:http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893
- Penas-Lledo, E., Vaz Leal, F., J., y Waller, G. (2002). Excessive exercise in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Relation to eating characteristics and general

- psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 31(4), 370-375. Extraído de: <https://search.proquest.com/docview/211112657?accountid=17253> el 8 de mayo de 2017
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., y Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 785-794. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00017-R](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(95)00017-R)
- Sassaroli, S., Lauro, L. J. R., Ruggiero, G. M., Mauri, M. C., Vinai, P., y Frost, R. (2008). Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 46(6), 757-765. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.007>
- Sepúlveda, A. R., Lopez, C., Todd, G., Whitaker, W., y Treasure, J. (2008). An examination of the impact of "the maudslay eating disorder collaborative care skills workshops" on the well being of carers: A pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 584-591. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-008-0336-y>
- Shafran, R., y Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00072-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00072-6)
- Sherry, S. B., y Hall, P. A. (2009). The perfectionism model of binge eating: Tests of an integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(3), 690-709. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0014528>
- Shroff, H., Reba, L., Thornton, L. M., Tozzi, F., Klump, K. L., Berrettini, W. H., y Bulik, C. M. (2006). Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 454-461. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/eat.20247>
- Stoeber, J., y Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. doi:http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Stoeber, J., Otto, K., Pescheck, E., Becker, C., y Stoll, O. (2007). Perfectionism and competitive anxiety in athletes: Differentiating striving for perfection and negative reactions to imperfection. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 959-969. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.006>
- Taranis, L., Touyz, S., y Meyer, C. (2011). Disordered eating and exercise: Development and preliminary validation of the compulsive exercise test (CET). *European Eating*

- Disorders Review*, 19(3), 256-268. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/erv.1108>
- Terry-Short, L., Glynn Owens, R., Slade, P. D., y Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00192-U](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)00192-U)
- Thome, J., y Espelage, D. L. (2004). Relations among exercise, coping, disordered eating, and psychological health among college students. *Eating Behaviors*, 5(4), 337-351. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2004.04.002>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., y Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance* American Psychological Association, Washington, DC. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10312-000>
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., y Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: A controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x>
- Vansteelandt, K., Rijmen, F., Pieters, G., Probst, M., y Vanderlinden, J. (2007). Drive for thinness, affect regulation and physical activity in eating disorders: A daily life study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1717. Extraído de: <https://search.proquest.com/docview/214421774?accountid=17253> el 8 de mayo de 2017
- Villena, A. J. M., Hernández, J. G., y Zafra, A. O. (2016). Perfeccionismo percibido y expresión de ira en deportistas varones adolescentes: Influencia sobre la autoestima. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 8(3), 30-39. Extraído de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1852-42062016000300006 el 25 de abril de 2017
- Williams, J. M., y Leffingwell, T. R. (1996). Cognitive strategies in sport and exercise psychology. In J. L. Van Raalte, & B. W. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology; exploring sport and exercise psychology* (pp. 51-73, Chapter xxix, 487 Pages) American Psychological Association, Washington, DC. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/10186-003>
- Wipfli, B. M., Rethorst, C. D., y Landers, D. M. (2008). The anxiolytic effects of exercise: A meta-analysis of randomized trials and dose--response analysis. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 30(4), 392-410. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/622114216?accountid=17253>
- Yang, H., y Stoeber, J. (2012). The physical appearance perfectionism scale: Development

and preliminary validation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 69-83. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10862-011-9260-7>

Zeulner, B., Ziemainz, H., Beyer, C., Hammon, M., y Janka, R. (2016). Disordered Eating and Exercise Dependence in Endurance Athletes. *Advances in Physical Education*, 6(02), 76. Extraído de: http://file.scirp.org/pdf/APE_2016050615003384.pdf el 25 de abril de 2017

Zigmond, A. S., y Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

8. Índice de tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la muestra (N=217)

Tabla 2. Análisis de las puntuaciones medias en las distintas escalas

Tabla 3. Diferencias en la frecuencia de actividad física vigorosa según el nivel de competición

Tabla 4. Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de perfeccionismo según el nivel de competición

Tabla 5. Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones de perfeccionismo según la frecuencia de actividad física vigorosa

Tabla 6. Correlaciones Bivariadas de Pearson entre la edad, el nivel de actividad física y las distintas dimensiones psicológicas

Tabla 7. Correlaciones Parciales de Pearson entre nivel de competición, cantidad de actividad física y nivel de perfeccionismo, controlando la edad

Tabla 8. Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones psicológicas totales según el nivel de perfeccionismo de la MPS

Tabla 9. Correlaciones Parciales de Pearson entre puntuaciones en MPS, subescalas de la MPS, PAPS, EDE-Q, OCI-R, HADS controlando la edad

Tabla 10. Factores asociados al nivel de perfeccionismo a través de un análisis de regresión multivariado por pasos sucesivos (N=217)

Tabla 11. Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones psicológicas totales y de actividad física vigorosa según curso académico

Tabla 12. Relación entre el nivel de competición y el curso académico de los estudiantes

Tabla 13. Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones psicológicas según nivel de competición

Tabla 14. Diferencias en las puntuaciones de las dimensiones psicológicas según el nivel de actividad física vigorosa

Tabla 15. Factores asociados al nivel de competición a través de un análisis de regresión logístico binario (N=217)

9. Índice de figuras y gráficos

Figura 1. Modelo Tripartito de los Trastornos del Comportamiento Alimentario

Figura 2. Modelo explicativo de los atracones en los TCA con el perfeccionismo como desencadenante

Figura 3. Modelo de la influencia del perfeccionismo en los TOC

Figura 4. Modelo explicativo de la actividad física, el perfeccionismo y la psicopatología

Gráfico 1. Estadísticos descriptivos del nivel deportivo de los participantes

Gráfico 2. Estadísticos descriptivos del curso al que pertenecen los participantes

Gráfico 3. Diferencias en las puntuaciones medias de las dimensiones psicológicas totales según el nivel de perfeccionismo de la MPS

Gráfico 4. Diferencias en las puntuaciones en las dimensiones psicológicas totales y de actividad física vigorosa según curso académico

10. Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

Anexo 2. Instrumentos empleados en la evaluación (I): sociodemográficos

Anexo 3. Instrumentos empleados en la evaluación (II): International Physical Activity Questionnaire, IPAQ

Anexo 1



Estudio-HAAFIC

Proyecto de investigación: *Estudio sobre hábitos alimentarios, actividad física e imagen corporal en universitarios.*

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

Este cuestionario forma parte de una investigación, la cual se está llevando en la Comunidad de Madrid. El cuestionario es absolutamente CONFIDENCIAL, y para que los resultados sean realmente útiles es necesario que responda con SINCERIDAD a todas las preguntas.

Recuerde que esto no es una prueba, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Se trata de que elija la respuesta que mejor se adapta a lo que usted piensa sobre el tema en cuestión.

Yo (iniciales del nombre) _____ libremente doy mi consentimiento para participar en el estudio coordinado por los psicólogos Ana Rosa Sepúlveda y Robin Rica.

Declaro que, me explicaron los objetivos del estudio y me permitieron hacer preguntas.

Asimismo, se me ha informado sobre la posibilidad de retirar mi consentimiento durante el desarrollo del estudio, sin tener que dar ninguna razón o explicación para ello.

De igual manera, entiendo que toda la información que aporte a la investigación estará protegida por el secreto profesional y será tratada con absoluta confidencialidad según la legislación vigente en materia de protección de datos.

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha:

Firma:

Gracias por participar en este estudio.

Anexo 2



Estudio-HAAFIC. SOC.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Vamos a comenzar el cuestionario haciéndote unas preguntas de carácter general.

A. Información personal.

- Fecha de hoy: _____
- Iniciales del nombre: _____
- Teléfono: _____
- Email: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- Nacionalidad: _____
- Edad: _____
- Sexo: _____
- Estudios que cursa: _____
- Curso: _____
- Peso aproximado: _____
- Altura aproximada: _____
- Nivel deportivo: ☐ No compete
☐ Competiciones nacionales
☐ Competiciones internacionales
- Estado civil: ☐ Casado/a
☐ En pareja
☐ En pareja
☐ Separado/a
☐ Divorciado/a
- Situación laboral actual: ☐ Trabajando jornada completa
☐ Trabajando jornada parcial
☐ Trabajando fines de semana
☐ No trabaja
- Trabajo actual o más reciente: _____
☐ No trabaja

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

B. Información familiar.

- Nivel de estudios

Del padre

- ☐ Sin estudios.
- ☐ Primarios.
- ☐ Secundaria/Bachiller/FP
- ☐ Diplomatura universitaria(3 años)
- ☐ Licenciatura universitaria (5 años)
- ☐ Postgrado, Máster, Doctorado.

De la madre

- ☐ Sin estudios.
- ☐ Primarios.
- ☐ Secundaria/Bachiller/FP.
- ☐ Diplomatura universitaria(3 años)
- ☐ Licenciatura universitaria (5 años)
- ☐ Postgrado, Máster, Doctorado.

- Profesión

Del padre: _____

De la madre: _____

- Situación profesional

Del padre

- ☐ Altos ejecutivos, propietarios de negocios grandes.
- ☐ Profesionales o directivos de empresas medianas.
- ☐ Pequeños empresarios, administrativos, trabajadores cualificados.
- ☐ Trabajadores semi-cualificados; empleados.
- ☐ Trabajadores sin especialización; semi-especializados.
- ☐ Otro (Especificar): _____

De la madre

- ☐ Altos ejecutivos, propietarios de negocios grandes.
- ☐ Profesionales o directivos de empresas medianas.
- ☐ Pequeños empresarios, administrativos, trabajadores cualificados.
- ☐ Trabajadores semi-cualificados; empleados.
- ☐ Trabajadores sin especialización; semi-especializados.
- ☐ Otro (Especificar): _____

- Jornada laboral

Del padre

- ☐ Trabaja a Jornada Completa (8 horas al día o más).
- ☐ Trabaja a Jornada Parcial (menos de 8 horas al día).
- ☐ Desempleado (no trabaja, está en paro).
- ☐ Jubilado/Pensionista.
- ☐ Está de baja médica.
- ☐ Trabaja en tareas del hogar.

De la madre

- ☐ Trabaja a Jornada Completa (8 horas al día o más).
- ☐ Trabaja a Jornada Parcial (menos de 8 horas al día).
- ☐ Desempleado (no trabaja, está en paro).
- ☐ Jubilado/Pensionista.
- ☐ Está de baja médica.
- ☐ Trabaja en tareas del hogar.



C. Otra información

- ¿Has tenido alguna vez un problema con tu peso o tu forma de comer?
☐ Si
☐ No
- ¿Te han diagnosticado alguna vez de un trastorno alimentario?
☐ No
☐ Si
- ¿Cuál?

- ¿Has recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico por ello?
☐ Si
☐ No
- ¿Alguien de tu familia ha tenido alguna vez un problema con el peso o con la comida?
☐ No
☐ Si
- ¿Quién?

Anexo 3



Estudio-HAAFIC. IPAQ.

IPAQ

Estamos interesados en saber acerca de la clase de actividad física que la gente hace como parte de su vida diaria. Las preguntas se referirán acerca del tiempo que usted utilizó siendo físicamente activo(a) en los últimos 7 días. Por favor responda cada pregunta aún si usted no se considera una persona activa. Por favor piense en aquellas actividades que usted hace como parte del trabajo, en el jardín y en la casa, para ir de un sitio a otro, y en su tiempo libre de descanso, ejercicio o deporte.

Piense en todas las actividades **intensas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades físicas **intensas** se refieren a aquellas que implican un esfuerzo físico intenso y que lo hacen respirar mucho más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

1. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos realizó actividades físicas **intensas** tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?

días por semana.

Ninguna actividad física intensa. → **Vaya a la pregunta 3.**

2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **intensa** en uno de esos días?

horas por día.

minutos por día.

No sabe/No esta seguro/a.

Piense en todas las actividades **moderadas** que usted realizó en los **últimos 7 días**. Las actividades **moderadas** son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal. Piense *solo* en aquellas actividades físicas que realizó durante por lo menos **10 minutos** seguidos.

3. Durante los **últimos 7 días**, ¿en cuántos días hizo actividades físicas **moderadas** como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular? **No incluya caminar.**

días por semana.

Ninguna actividad física intensa. → **Vaya a la pregunta 5**

4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física **moderada** en uno de esos días?

horas por día.

minutos por día.

No sabe/No esta seguro/a.

Piense en el tiempo que usted dedicó a **caminar** en los **últimos 7 días**. Esto incluye **caminar** en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio o el ocio.

5. Durante los **últimos 7 días**, ¿En cuántos días caminó por lo menos **10 minutos** seguidos?

días por semana.

☐ Ninguna actividad física intensa. → **Vaya a la pregunta 7**

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a **caminar** en uno de esos días?

horas por día.

minutos por día.

☐ No sabe/No esta seguro/a.

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted **sentado** durante los días hábiles de los **últimos 7 días**. Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre. Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los **últimos 7 días** ¿cuánto tiempo pasó **sentado** durante un día hábil?

horas por día.

minutos por día.

☐ No sabe/No esta seguro/a.